Dermatologische Wochenschrift

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

OF IOWA LIBRARY

UNTER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, PRIV.-DOZ. DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
DR. DREUW IN BERLIN, DR. J. FICK IN WIEN, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL, PROF. DR. KROMAYER IN BERLIN,
PROF. DR. FR. KRZYSZTALOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, DR. FERD. WINKLER IN WIEN

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

DREIUNDFÜNFZIGSTER BAND.

1911.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 16 ABBILDUNGEN IM TEXT UND 14 TAFELN.

LEIPZIG UND HAMBURG.
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1911.

616
D
V.



616.505
D435
v.53

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".) Seite

Med. C. L. Jappe 9-28-38

430010

Versammlungen.

Fachzeitschriften.

Bücherbesprechungen.

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Mikroskopie.

Bakteriologie.

Hygiene.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

II. Neurotische.

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

γ. Syphilis.

Seite

2. Lokale Infektionskrankheiten.

A. *Oberhaut.*

B. *Cutis.*

C. *Progressive Ernährungsstörungen.*

a) Maligne.

b) Benigne.

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Allgemeines.

c) Hoden und Samenbläschen.

d) Prostata.

e) Nieren, Ureteren, Harn.

f) Labien, Vagina usw.

g) Blennorrhoe und Komplikationen.

Verschiedenes.

Seite

Monatshe

Band 53.

Am 2

jahre He

Voss. A

griffen la

genossen d

durften hi

ihren weit

tungen ge

Vereines, z

der ernsten

geschwächt

seiner Leit

Ausdruck.

Von den

gebung ge

literarischen

er den Vor

Unsere

Erinnerung

ihre Geburt

frühzeitiger

gesprochen

angerechne

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. | №. 1. | 1. Juli 1911.

Ernst Maaß †.

Am 20. April 1911 verschied plötzlich zu Kiel im 60. Lebensjahre Herr Ernst Maafs, Inhaber des Verlages von Leopold Voss. Am 24. April haben wir ihn zu Grabe getragen. Ergriffen lauschten wir den Worten, welche Freunde und Berufsgenossen dem so jäh Abgerufenen sprachen. Gattin und Töchter durften hier erfahren, was Ernst Maafs seiner Vaterstadt mit ihren weitverzweigten wissenschaftlichen und sozialen Einrichtungen geworden war. Im Namen des Naturwissenschaftlichen Vereines, zu dessen Vorstand er gehörte, wurde Herr Dr. Krüss der ernsten und vornehmen Persönlichkeit gerecht; welch ungeschwächten Ansehens der seit 1791 bestehende Verlag unter seiner Leitung sich erfreute, fand durch Herrn Seippel seinen Ausdruck.

Von den vielen Ehrenämtern, welchen er mit gröfster Hingebung gedient hatte, sei hier nur seiner Tätigkeit in der literarischen Sachverständigenkommission gedacht, in welcher er den Vorsitz führte.

Unsere *Monatshefte*, deren neuer Band ein Wort dankbarer Erinnerung an Maafs enthalten mufs, haben in seinem Verlag ihre Geburt gehabt. Wenn an anderer Stelle von seiner Gabe frühzeitiger Erkenntnis werdender und aussichtsreicher Kräfte gesprochen wurde, so soll es Maafs zum besonderen Verdienst angerechnet werden, dafs er von den Tagen gemeinsamer

Schulzeit an stets durchdrungen war von der rastlosen, neue Wege wandelnden und Neues schaffenden Art Unnas. Die *Monatshefte* enthalten den gröſseren Teil der wissenschaftlichen Lebensarbeit Unnas. Ohne sie hätte Unna sich nicht ausleben können, hätte er niemals Schule gemacht, so wie sich nun einmal für ihn die Verhältnisse gestaltet hatten. Maaſs glaubte an Unna, hielt fest zu ihm über alle kritischen Tage hinweg, wo Unna fast isoliert war. — Es hat ihn besonders bewegt, als die zu Unnas 60. Geburtstag geplante Festschrift zu einer internationalen Huldigung auswuchs.

Nach Abschluſs des 25. Bandes unserer *Monatshefte* hatte Unna in einem Rück- und Vorblick die Ziele entwickelt, welche ihm bei der Gründung „eines fortschrittlich gesinnten Fachblattes" vorgeschwebt hatten. Wenn nur ein Teil dieser Ziele erreicht wurde, so darf auch Maaſs' mit Wärme gedankt werden. Mit Unna aber hatte Maaſs niemals vergessen, daſs der Leserkreis der Zeitschrift erhalten blieb durch das Organisationstalent Taenzers, welcher aus den *Monatsheften* das bestredigierte referierende Zentralblatt in der dermatologischen Literatur gemacht hatte.

Ein mit den praktischen Forderungen des Lebens schwer zu vereinigender Idealismus lebte in Maaſs, eine heilige Begeisterung für die reine, voraussetzungslose Wissenschaft. Die Gaben solcher zu verlegen, war sein Stolz. Ihren Jüngern kam er vielleicht zu willig entgegen. Wo es galt, treue Arbeit zu fördern, war sein stilles, freundliches Wesen zu finden. In dem mächtig emporstrebenden, nach neuen zusammenfassenden Formen ringenden wissenschaftlichen Leben unseres Hamburg stand Ernst Maaſs an seinem Platz, nicht sichtbar, wie es seiner Natur zuwider war, aber scharf beobachtend und über seine Kräfte helfend. Ehrend wird seiner noch lange gedacht werden.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Nach dem Tode Ernst Maaſs' ist der Verlag Leopold Voss in die Hände des Unterzeichneten übergegangen. Als Inhaber der Firma Johann Ambrosius Barth seit 1890 dürfte ich in der wissenschaftlichen Puplizistik kein Fremder sein und die Leitung dieser in Leipzig seit 1780 bestehenden Firma dürfte Gewähr dafür bieten, daſs ich auch die Firma Leopold Voss in den alten bewährten Bahnen weiterführen werde. Namentlich werde ich mich bemühen, den *Monatsheften* den Ruf eines der hervorragendsten dermatologischen Blätter Deutschlands zu erhalten und zu mehren.

Arthur Meiner.

Aus der Syphilisabteilung des Moskauer Militärhospitals.

Zur Frage der Blasensyphilide bei Erwachsenen.
Ein Fall von Syphilis bullosa (Pemphigus syphiliticus) adultorum.[1]

Von

Privatdozent P. A. PAWLOFF und Privatdozent A. G. MAMUROWSKY.

Mit zwei Tafeln.

So gut das klinische Bild und die mikroskopischen Veränderungen bei Pemphigus syphiliticus neonatorum als einer besonderen Erscheinungsform von hereditärer Syphilis erforscht sind, so wenig ist bis jetzt die Frage über den Pemphigus syphiliticus adultorum geklärt, und zwar nicht nur hinsichtlich des Charakters der pathologischen Veränderungen, sondern auch selbst bezüglich der Existenz dieser, wie es scheint, seltenen Form der erworbenen Syphilis bei Erwachsenen.

Nach LANCEREAU[2] war bis Mitte des vorigen Jahrhunderts die Mehrzahl der Autoren der Ansicht, daſs syphilitischer Pemphigus eine derjenigen Formen sei, die ausschlieſslich bei Kindern mit hereditärer Syphilis angetroffen werden und leugnete, falls Pemphigus bei erwachsenen Syphilitikern bemerkt wurde, seine spezifische Abstammung.

Indem sich der letztgenannte Autor auf BASSEREAU[3], der diesen Ausschlag bei Erwachsenen zweimal beobachtet hatte, stützt, meint er, daſs Pemphigus syphiliticus adultorum einen ganz besonders seltenen Fall darstelle.

Was BASSEREAU anbetrifft, so erkennt er in dem Syphilide bulleuse benannten Kapitel seines Lehrbuches diese Form als eine Erscheinung der erworbenen Syphilis an. Bei seinen Fällen wurde neben anderen sekundären Erscheinungen von Syphilis auf Handteller und Fuſssohlen das Auftreten von Blasenausschlägen (bulles) in der Gröſse von 1 cm beobachtet. Von derselben Syphilisform bei Erwachsenen als von einer sehr seltenen

---

[1] Die Moulage des Falles und die mikroskopischen Präparate sind in der Sitzung der Moskauer dermatologischen und venerologischen Gesellschaft am 12. April 1909 und in der Sitzung der Sektion Haut- und Geschlechtskrankheiten des XI. PIROGOW-Kongresses am 28. April 1910 in Petersburg demonstriert worden.

[2] LANCÉREAU, Die Lehre von der Syphilis.

[3] BASSEREAU, zitiert nach Bericht von Dr. LEBEDEW. *Russ. Journ. f. Haut- u. ven. Krankh.* 1901. Bd. II, S. 313.

spricht auch ALIBERT[4], der sie als einer der ersten unter dem Namen „Syphilide pustulante pemphigoide“ beschrieb. Wie selten diese Form ist, kann man daraus ersehen, dafs ein solcher Syphiliskenner wie RICORD[5] nur einen einzigen Fall eines derartigen Ausschlages bei Erwachsenen beobachtet hatte, den er als Syphilide bulleuse oder Pemphigus syphilitique bezeichnet. Dasselbe betrifft auch H. ZEISSL, der diese Form im Laufe von 20 Jahren nur einmal unter 3000 Syphilisfällen antrifft. Er führt nur zwei Fälle dieses Ausschlages an — einen eigenen und einen von HILLARET aus dem Hospital St. Louis.

Was den Fall von H. ZEISSL anbelangt, so hatte der 24jährige Patient etwa ein Jahr nach der Syphiliserkrankung auf dem Handteller beider Hände und der Rückseite einiger Finger hier und da erbsengrofse, flache Pusteln mit Inhalt aus gelbgrünem Eiter, die das Aussehen von unvollkommen entwickelten Pockenpusteln hatten. Die Pusteln waren schmerzhaft, ihre Peripherie war nicht von einem Entzündungshofe umgeben, der Kranke hatte kein Fieber. Der Ausschlag, welcher neben anderen Erscheinungen von sekundärer Syphilis beobachtet wurde, und über dessen spezifischen Charakter kein Zweifel herrschte, recidivierte dreimal. Während der Beobachtung des Patienten wurde ein Zusammenfliefsen der Pusteln bemerkt, aufserdem traten einige hyperämische und leicht erhabene erbsengrofse Flecke auf, die sich binnen 48 Stunden in ähnliche Pusteln verwandelten.

Obgleich aus obiger Schilderung mit genügender Sicherheit der Blasen- und nicht der pustulöse Charakter der Ausschläge resultiert (Abwesenheit von Infiltraten um die Blasen herum), reiht H. ZEISSL dennoch diesen Fall in das Kapitel der pustulösen Ausschläge — Varicella syphil. — ein und schlägt für den geschilderten Ausschlag die Bezeichnung Varicella syphilitica confluens vor, teils weil er wenig Ähnlichkeit zwischen den Blasen von Pemphigus vulgaris und den Blasen der genannten Syphilide findet, teils wegen der Vereinfachung der Nomenklatur.

Für die Identifizierung von „Syphilide pemphigoide“ von ALIBERT mit „Varicella syphilitica confluens“ tritt auch J. NEUMANN ein, der zwei Fälle derartiger Ausschläge beobachtete. Somit reihen die genannten zwei Autoren die von ihnen als blasenartig geschilderten Ausschläge trotzdem in die Gruppe der pustulösen Ausschläge ein. Eine andere und nach unserem Dafürhalten viel berechtigtere Ansicht über den Fall von H. ZEISSL äufsert CH. BÄUMLER[6], indem er meint, dafs es richtiger wäre, diesen Fall für Pemphigus syphiliticus und nicht für Varicella syphilitica zu halten,

---

[4] Zitiert nach NEUMANN, Syphilis, Wien 1896, und ZEISSL, Leitfaden zum Studium der Syphilis.

[5] Zitiert nach M. ZEISSL, Lehrbuch der venerischen Krankheiten.

[6] BÄUMLER, Syphilis. *Ziemssens Handbuch.*

da diese Form mehr dem Pemphigus bei Nichtsyphilitikern ähnlich ist und überdies die ihr völlig identische Form bei Neugeborenen mit hereditärer Syphilis allgemein als Pemphigus syphiliticus (neonatorum) bezeichnet wird. A. Ge[7], welcher flüchtig einen einzigen von ihm beobachteten Fall von Pemphigus palmaris (syphiliticus) unter 3527 Syphilisfällen erwähnt, bezeichnet jedoch nicht genauer, ob er seinen Fall zu den bullösen oder pustulösen syphilitischen Ausschlägen rechnet.

Indem wir weiter chronologisch vorgehen, müssen wir auf P. J. Froloff[8] hinweisen, der unter dem Namen Pemphigus syphiliticus adultorum einen Fall beschreibt, welcher nach seiner Ansicht mit dem von Lebedew[9] in der russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft demonstrierten identisch sein soll. In dem Falle von Froloff hatte der 25jährige Patient neben Erscheinungen von sekundärer Syphilis auf der Innenseite der Fufssohle eine anscheinend aus mehreren zusammengeflossene Blase, die mit einem Reifen von charakteristischer, kupferroter Farbe umgeben und offenbar an Stelle von traumatischen Papeln entstanden war. Nachdem sich die Epidermis, welche die Blase bedeckt hatte, loslöste, zeigte sich ein spezifisches Infiltrat, das sich später wie gewöhnliche Papeln zurückbildete. Der Autor erklärt die Bildung dieser Blase an Stelle einer Papelgruppe durch „mechanischen Reiz". In dem von Lebedew beschriebenen Falle von sog. „Pemphigus syphiliticus adultorum" hatte der 30jährige Patient aufser anderen Erscheinungen von sekundärer Syphilis auf dem rechten Handteller auf infiltrierter Basis eine erhabene, kugelförmige, erbsengrofse Blase, die in dem umliegenden Gewebe wie in einem Rahmen eingeschlossen war. Die Blase war von einer trüben Flüssigkeit prall gefüllt. An der mittleren Beuge des grofsen Fingers derselben Hand befand sich eine ähnliche Blase, aber von kleinerem Umfang. Auf der rechten Fufssohle befand sich eine „traumatisierte Wunde", welche sich trichterförmig in die Hautdecke vertiefte und unten am Boden in Zerfall überging. Diese Wunde entwickelte sich aus einer geplatzten Blase. Um die Geschwulst herum war ein infiltrierter Ring zu sehen, welcher auf gröfsere Entfernung hin in Rötung überging, auf deren Hintergrund einige sich auflösende Papeln zu sehen waren. In der Gegend des inneren Gelenkhügels war noch eine dritte Blase, identisch mit den geschilderten, zu beobachten. Bei der spezifischen Behandlung faltete sich die Blasendecke und fiel ab, die papulöse Basis aber fiel einer regressiven Entwicklung anheim und verschwand spurlos.

In den Fällen der beiden letzten Autoren wurde leider keine histologische Untersuchung vorgenommen. Man kann aber auch so, allein schon

[7] A. Ge, Kursus der venerischen Krankheiten. Kasan 1900.
[8] *Botkins Hospitalztg.* (russisch). 1899. Nr. 26.
[9] *Russ. Journ. f. Haut- u. ven. Krankh.* 1901. Bd. II, S. 313.

aus der klinischen Beschreibung der beiden Fälle, sehen, daſs hier nicht echte blasenartige Ausschläge (Pemphigus syphiliticus), sondern nur äuſserlich dem Pemphigusausschlag ähnliche, eine besondere Modifikation eines papulösen Syphilides darstellende Efflorеszenzen (Knoten- und Blasenform) vorliegen, worauf übrigens auch schon Lebedew hinweist. Man kann daher Prof. Selenew[10] nur zustimmen, wenn er in einer Notiz über den Fall von Dr. Froloff sich dahin äuſsert, daſs hier kein Blasenausschlag, sondern eine „Vesicopapel" vorliegt, welche oft als die Vorstufe einer Pustelpapel erscheint[11]. Indem sich Selenew dabei auf einen Fall aus seiner Klinik stützt, hält er die Entwicklung von Blasen bei Syphilitikern ohne jede Reizung und ohne vorhergehende Papel für möglich.

Um dieselbe Zeit stellte Renault[12] in der französischen dermatologischen und syphilidologischen Gesellschaft einen Patienten mit Pemphigus syphiliticus vor, bei dem die Blasen ebenfalls von einem Entzündungshofe umgeben waren. Dieses Symptom hielt Renault für sehr wertvoll zur Unterscheidung seines Falles von Pemphigus chronicus.

Balzer, der bei der Demonstration anwesend war, erklärte ebenfalls, daſs das von Renault betonte Symptom — das Auftreten des Entzündungshofes — in diagnostischer Beziehung einen besonderen Wert repräsentiert. Er selbst sah zwei Fälle von Pemphigus bei Syphilitikern, kann sie aber nicht mit Sicherheit als Pemphigus syphiliticus anerkennen, da die Blasen sich nicht auf dem papulösen Infiltrat befanden, wie das bei den Fällen von Renault beobachtet wurde. Auf diese Weise stellt der Renaultsche Fall vom klinischen Standpunkte aus eine völlige Analogie zu den Fällen von Froloff und Lebedew dar und erscheint als ein Fall von „Vesicopapel". Hallopeau und Fournier waren damit nicht einverstanden, die Ausschläge für spezifisch zu halten. Letzterer war der Meinung, daſs hier ein Fall von Erythema hydroa vorliegt. Von den späteren Autoren kommt noch in Betracht M. v. Zeissl[13], der in seinem Lehrbuch Pemphigus syphiliticus adultorum mit Varicella syphilitica confluens identifiziert und sich dabei auf die Wiederholung der von seinem Vater gegebenen Erklärung beschränkt. Matzenauer[14] hält die genannten Ausschläge für eine seltene Form eines pustulösen Handteller- oder Fuſssohlensyphilides bei

[10] A. a. O.

[11] Wir konnten im Jahre 1909 im Moskauer Militärhospital eine derartige „Vesicopapel" bei einem Patienten beobachten, der an Syphilis in schwerer Form (Syphilis maligna) litt. Auf einer ausgedehnten tiefen, einige Tage alten Papel von der Gröſse eines Nagels trat eine schwachgespannte Blase, etwa von der Gröſse eines 5-Pfennigstückes, auf, die den gröſsten Teil der Papeloberfläche bedeckte und von der Randpartie der Papel ringförmig umgeben war.

[12] Zitiert aus *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. Bd. 32, S. 128.

[13] M. v. Zeissl, Lehrbuch der venerischen Krankheiten.

[14] K. Matzenauer, Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Wien 1904.

Erwachsenen, obgleich er gleich darauf sagt, dafs diese Ausschläge dem Pemphigus syphiliticus neonatorum analog seien.

Nach allen diesen Äufserungen erscheint es erklärlich, dafs Syphilis bullosa adultorum, welche nach Aussage aller obengenannten Autoren eine höchst selten vorkommende Form von Syphilis darstellt, in einigen sehr gründlichen Lehrbüchern überhaupt nicht erwähnt wird. So ist in dem in neuer Auflage erschienenen Lehrbuch von E. Finger[15] nicht nur kein Hinweis auf diese Ausschläge als eine besondere Form von bullöser sekundärer Syphilis bei Erwachsenen enthalten, sondern die Bezeichnung „Pemphigus syphiliticus adultorum" wird gerade einer besonderen Veränderung der gummösen Hautknoten verliehen, welche mit Blasenausschlägen eigentlich nichts zu tun hat.

Die spärlichen Angaben über Pemphigus syphiliticus adultorum bereicherten sich im Jahre 1908 durch einen sehr interessanten, von Define[16] beschriebenen Fall. In Anbetracht der grofsen Ähnlichkeit der bullösen Ausschläge dieses Falles mit dem von uns an unserem Falle beschriebenen (siehe weiter unten) werden wir uns gestatten, über den Fall ausführlicher zu referieren.

Der 47 Jahre alte, gut gebaute und genährte Patient, welcher vor 20 Jahren an Syphilis erkrankt war und während einer Reihe von Jahren in spezifischer periodischer Behandlung stand, bekam zehn Jahre nach der Infektion auf den Fufssohlen einen an Pemphigus erinnernden Ausschlag. Die ziemlich schmerzhaften Blasen, die im Durchschnitt die Gröfse einer Nufs erreichten, entleerten bei der Verletzung der Decke eine eiternde, übelriechende Flüssigkeit und verschwanden nach Sublimateinspritzungen. Später, nach drei Jahren, erschienen solche Ausschläge mehrmals wieder, indem sie bereits auf dem hinteren Teil der Ferse, auf Handtellern und Armhöhlen auftraten, wobei die Rezidive durch Intervalle von fünf Monaten bis einem Jahre getrennt waren, und verschwanden jedesmal nach Quecksilberbehandlung. Die von dem Autor beobachteten Erscheinungen waren:

a) Nufsgrofse und etwa 1 cm hohe Blasen auf den Handtellern und in den Regionen zwischen den Fingern, wobei einige infolge des Zusammenfliefsens benachbarter Blasen eine unregelmäfsige Form hatten. Die Decke der Blasen war straff gespannt und bestand aus dicker Epidermis. Bei der Verletzung der Blasen drang nach aufsen eine seröse, eitrige, bluthaltige Flüssigkeit von sehr üblem Geruch und hierbei wurde der Boden der Blasen, welcher aus einer vegetierenden, aschgrauen, bei der Berührung

---

[15] E. Finger, Geschlechtskrankheiten.

[16] G. Define, Un caso di forma bollosa recidivante e un individuo sifilitico guarito con cura sifilitica. *Riforma medica.* 1908. Nr. 37. — Prof. R. Campana schickte uns auf unsere Bitte einen Sonderabdruck dieser Arbeit zu, wofür wir ihm an dieser Stelle unseren Dank aussprechen.

leicht zerfallenden Masse bestand, blofsgelegt. In anderen Blasen mit einer weniger dicken Decke schimmerte dessen bläulichroter Inhalt hindurch. In der Tenargegend des linken Handtellers an Stelle der früher zerstörten Blase befand sich eine vegetierende von einem aschgrauen, blutigen Ausflufs bedeckte Masse, die die Gröfse eines Taubeneies erreichte und von einem Rand aus verdickter und zerrissener Epidermis umgeben war. Die geschilderten Bildungen, die nicht über das Gebiet des Carpis radiale hinausgingen, erschwerten merklich die Bewegung der Finger.

b) Hyperämische Flecke von unregelmäfsigen Umrissen, die auf der inneren Oberfläche des Schulterblattes, im oberen Drittel des Armes, auf der Seiten- und Vorderfläche des Bauches, in den Glutäalregionen, auf den Hüften und in den Kniehöhlen zerstreut waren. Diese Flecke sind an denselben Stellen, die früher von Blasen betroffen waren, verblieben.

c) Pigmentflecke, die in völliger Unordnung fast an denselben Stellen wie die hyperämischen zerstreut auftraten. Einige derselben flossen zusammen, andere blieben isoliert; Gröfse und Umrisse waren sehr verschieden. Sie entwickelten sich ebenfalls allmählich, nachdem ihnen Blasen vorangegangen waren.

Als weitere Veränderung gibt der Autor das vielfache Adenit verschiedener Gebiete an. Die Untersuchung des Harns und der inneren Organe ergab ein negatives Resultat. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Inhalts der Blasen wurden Diplobazillen und Diplokokken gefunden. Die Untersuchung des Blaseninhaltes auf Spirochaeta pallida ergab ebenfalls ein negatives Resultat. Von subjektiven Empfindungen erwähnt der Autor ziemlich starke Schmerzen in den betroffenen Stellen bei der Bewegung.

Alle geschilderten Erscheinungen verschwanden nach spezifischer Behandlung, und infolgedessen hält der Autor die Blasen für spezifisch und meint mit Recht, dafs die vergebliche Suche nach Spirochaeta pallida im Inhalt der Blasen und in der vegetierenden Masse damit im Zusammenhang stehe, dafs bei Anwesenheit von fremden Mikroben die Spirochaeta verschwinden konnten, was ja manchmal bei zweifellos spezifischen Erkrankungen tatsächlich der Fall ist. Der Autor drückt die Hoffnung aus, dafs sein Fall einen Wert für die klinische Kasuistik darstellt, da bekanntlich bei hereditärer Syphilis der Pemphigus syphiliticus in direkter Beziehung zur Infektion steht, während bei erworbener Syphilis die klinischen Beobachtungen fast niemals solche Fälle liefern. Als eine besondere Eigentümlichkeit seines Falles bezeichnet der Autor noch den vegetierenden Charakter des Blasenbodens.

Im Jahre 1909 hatten wir Gelegenheit, einen Patienten zu beobachten, der in vieler Beziehung an den referierten Fall von Define erinnert. Ein junger Soldat des 5. Grenadierregiments zu Kiew, Anton W., 21 Jahre

alt, wurde am 6. Januar 1909 in die syphilitische Abteilung des Moskauer Militärhospitals unter Erscheinungen von Syphilis condylomatosa recidiva aufgenommen. Eine entferntere Anamnese ergab keine Anhaltspunkte sowohl bezüglich der nahen Verwandten als des Patienten selbst. Was die nächste Anamnese anbelangt, so hatte der Patient nach seiner Aussage vor zwei Jahren auf dem Präputium Geschwüre, denen bald syphilitische Erscheinungen folgten. Er wurde in Lida (Gouvernement Wilna) behandelt und bekam während dreier Kuren zwölf Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum und 70 Einreibungen mit grauer Salbe. Patient erklärt, daſs bei ihm ebensolche Ausschläge wie die nachstehend beschriebenen bereits früher zweimal auftraten, und zwar im Frühling und im Sommer 1908.

Patient ist gut gebaut und genährt, Gewicht 65 kg bei mittlerer Figur. Die inneren Organe weisen keine Anomalien auf. Der Harn zeigt saure Reaktion und das spezifische Gewicht von 1,016. Eiweiſs, Zucker, geformte Elemente sind nicht vorhanden, dagegen zeigten sich amorphe Urate in kleiner Menge. Auf dem Bauch ist eine wenig üppige Roseala syphilitica vorhanden, im Gaumen eine beschränkte charakteristische Hyperämie und Trübung auf dem vorderen linken Gaumenbogen (Angina erythema papulosa). An der inneren Seite sowie an dem inneren Rand der linken Fuſssohle, angefangen von der Längslinie, befinden sich blasenartige Ausschläge, die im allgemeinen eine eintönige Hautfarbe mit leichter gelblicher Nuance haben. Die Ausschläge besitzen eine plankonvexe Form, rundliche Umrisse, den Umfang einer Erbse bis zu einem Markstück und erreichen die Höhe von $\frac{1}{4}$ bis $1\frac{1}{2}$ cm. Die diese Ausschläge umgebende Haut zeigt keine Entzündungserscheinungen und hat ein völlig normales Aussehen. Alle bezeichneten Blasenbildungen mit Ausnahme einer einzigen, welche näher zur Ferse an der mittleren Linie der Fuſssohle gelegen ist, befinden sich ziemlich nahe aneinander, hier und da flieſsen sie zusammen unter Bildung von erhabenen Reliefen mit landkartenartigen Umrissen. Je nach dem Zustande der massiven Horndecke lassen sich die Ausschläge in zwei Typen einteilen:

Die Ausschläge des ersten Typus befinden sich in einem früheren Entwicklungsstadium des Prozesses, haben eine unverletzte Horndecke, zeichnen sich durch eine mehr oder weniger konvexe Form aus und stellen echte Blasenbildungen (bulla) dar. Die kleineren Blasen von Erbsengröſse, die schon einzutrocknen beginnen, befinden sich am inneren Rand der Ferse, haben eine kompaktere, schwielenartige Horndecke, deren gelbliche Farbe an Callositas erinnert. Die gröſseren Blasenbildungen von der Gröſse eines Fünf- bis Zehnpfennigstückes zeichnen sich durch eine schwach grüne Nuance infolge der Durchschimmerung des Inhalts durch die dicke Horndecke aus und stellen eine deutliche Ballonierung dar. An einer beschränkten Stelle an der Spitze einer der groſsen Blasen auf dem inneren

Rand der Ferse läfst sich das Eintrocknen der Horndecke wahrnehmen, wodurch sie sich an dieser Stelle durch dunklere Nuance und trockene, unebene Beschaffenheit gegenüber dem übrigen peripherischen Teil der Blasendecke unterscheidet.

Die Ausschläge vom zweiten Typus, die eine weitere Entwicklungsstufe der ersteren darstellen, zeichnen sich durch flacheres Aussehen aus und besitzen eine mehr oder weniger verletzte Horndecke. Als solche erscheinen die flachen, unregelmäfsig begrenzten Blasenausschläge von der Gröfse eines Fünfmarkstückes, die sich näher gegen den Vorderteil der Fufssohle befinden und durch Zusammenfliefsen mehrerer benachbarter Blasen entstanden sind. Diese Ausschläge besitzen eine etwa 3 mm dicke Horndecke, welche an zwei Stellen unregelmäfsig begrenzte, breite, durch das Platzen der Horndecke entstandene Öffnungen zeigt. Führt man eine mit Kopf versehene Sonde in die Decke durch die Öffnung ein, so dringt die Sonde schmerzlos überall hin in einer Tiefe von 1—2 cm ein, ohne Hindernisse anzutreffen. Wird die Sonde in eine Öffnung eingeführt, so kann sie aus einer anderen wieder heraustreten.

Der Boden dieses Ausschlages hat keine Neigung zum Vegetieren und besteht aus einer leicht abzuschabenden mürben, jungen, weifslichen Horndecke. Ein Exsudat aus dem Boden dieser Bildung läfst sich nicht wahrnehmen. Nur beim Drücken auf den äufsersten peripherischen Teil der Decke von vorn gelingt es, durch die Öffnung geringe Mengen einer breiartigen, übelriechenden, weifslichen Masse hervorzubringen, die fast ganz aus epidermoidalen Zellen und Leukocyten besteht. In zwei benachbarten, fast zusammengeschlossenen Blasenbildungen in der Mitte und am Rande der Ferse beobachtet man neben der Zerstörung ihrer Horndecke die Vegetation des Bodens. In den kleineren Ausschlägen von der Gröfse eines Fünfpfennigstückes am inneren Rande der Ferse ist die Horndecke nur an der Spitze der Blase zerstört, aber noch gröfstenteils in Form eines breiten, den zentralen Teil des vegetierenden Bodens umgebenden Ringes wohlerhalten. Der Vegetationsprozefs ist hier so scharf ausgesprochen, dafs der mittlere Teil des Bodens etwas aus dem ringförmigen Rest der Horndecke hinausragt. Aus der Horndecke läfst sich ein eitriges, gräuliches, übelriechendes Exsudat ausdrücken, welches zu einem schwärzlichgrünen, den ganzen mittleren Teil der Blasenbildung bedeckenden Häutchen eintrocknet. Die in der Mitte der Ferse in der Nachbarschaft der eben beschriebenen befindliche allergröfste Blasenbildung, welche sich durch Schmerzhaftigkeit beim Gehen auszeichnet, hat die Gröfse eines Fünfmarkstückes und unregelmäfsig rundliche Umrisse. Der Rest der dicken Horndecke von der früher hier befindlichen Blase ist jetzt in Form eines 1 cm breiten Walles, der den stark vegetierenden pilzartigen Boden der Bildung ringförmig umgibt, erhalten. Bei der näheren Betrachtung des vegetierenden Bodens dieser

Bildung zeigt es sich, dafs letztere von einem dicken, unegalen, schmutziggrauen, aus eingetrockneten mürben Hornmassen bestehenden Häutchen bedeckt ist, welches an einzelnen Stellen mehr oder minder tiefe Risse aufweist. Unter diesem Häutchen ist eine kolossale Anhäufung von jungen, weifsen Hornzellen zu sehen, die miteinander nur locker verbunden sind, da sie leicht beim Sondieren zerfallen. Sowohl aus dem Randwall als auch aus den Rissen des Häutchens läfst sich eine geringe Menge eines zähflüssigen, sehr übelriechenden graubraunen Exsudats ausdrücken.

Um den Gang der beschriebenen Bildungen beobachten zu können, liefsen wir den Patienten einige Zeit ohne allgemeine Quecksilberbehandlung und beschränkten uns auf die Applikation eines trockenen Verbandes auf der linken Fufssohle und das Bestreichen des Gaumens mit einer 10 %igen Lösung von Argenti nitrici plaques.

9. Januar. Die grofse Blase, die sich hinter allen anderen am inneren Rand der Ferse befindet, begann in den letzten Tagen sich zu vergröfsern und sich allmählich der allergröfsten vegetierenden Bildung in der Mitte der Ferse zu nähern. Um die sich vergröfsernde Blase herum zeigt sich jetzt ein unscharfer hyperämischer Gürtel, der in der Richtung nach der normalen Haut zu allmählich verschwindet.[17]

12. Januar. Die obenerwähnte Blase wurde noch gröfser und fliefst beinahe mit der grofsen vegetierenden Bildung zusammen. Die Blase wurde jetzt voller und läfst immer mehr die grünliche Farbe des Inhalts durchschimmern.

15. Januar. Auf der allergröfsten vegetierenden Bildung, die ebenfalls in den letzten Tagen etwas an Breite zugenommen hat, läfst sich an der ganzen Oberfläche des Bodens eine stärkere Eintrocknung der mürben Hornmassen feststellen. Letztere bilden jetzt ein massives, etwa 1 cm dickes Häutchen von schmutziggrauer Farbe. Das Häutchen ist ziemlich beweglich und liegt wie auf weichem Polster auf den unten befindlichen, schwach verhornten epidermoidalen Massen, von denen es jedoch etwas absteht. Infolge der Bewegung beim Gehen bekam das Häutchen einen Rifs durch die ganze Dicke in diametraler Richtung der Bildung.

19. Januar. Die am Rande der Ferse befindliche, sich immer mehr ausdehnende Blase wurde aufgemacht. Aus der Blasendecke trat eine kleine Menge einer eitrigen, grünlichbraunen Flüssigkeit hervor, von der im Spitallaboratorium Abstriche auf Objektträgern und Übertragungen auf Agar-Agarröhrchen gemacht wurden. Nach der späteren Entfernung der ganzen Blasendecke mit einer Schere zeigte sich eine merkliche Vegetation des Bodens, wodurch letztere eine leicht konvexe Form bekam. Der vegetierende Boden bestand aus grauweifsen, mürben Hornmassen, die einen

---

[17] Um diese Zeit wurde eine Moulage von der betroffenen Partie angefertigt.

schwachen Zusammenhang miteinander hatten und sich mit dem Skalpel leicht abschaben liefsen.

Nach der Beseitigung der mürben Hornmassen gelangt man durch weiteres Abschaben an ein homogenes, graues Gewebe, von dem nur eine geringe Menge eines Sekrets abgenommen werden konnte, dessen Untersuchung im Spitallaboratorium auf blasse Spirochäten durch Färbung nach Giemsa ein negatives Resultat lieferte. Die Überimpfung auf Agar-Agar ergab das Wachstum von gewöhnlichen Kokken. Bei der mikroskopischen Untersuchung des eitrigen Exsudats sowohl aus der aufgeschnittenen Blase als auch von dem herabhängenden epidermoidalen Rand der benachbarten grofsen, vegetierenden Bildung zeigten sich hauptsächlich Hornzellen, vermengt mit einer kleinen Menge ein- und vielkerniger Leukocyten.

24. Januar. Auf einer ganzen Gruppe von zusammengeflossenen kleineren Blasenbildungen mit unverletzter Horndecke, welche am inneren Rand der Fufssohle gelegen waren, fand eine Abhebung in kompakter Schicht aller auf einmal eingetrockneten dicken Horndecken statt, wobei sich unter den letzteren weifse, leicht macerierte, mürbe Hornmassen vorfanden, welche etwas von der darunterliegenden, ebenen, jungen Hornschicht von gewöhnlicher rosaweifser Farbe abstanden. Die noch früher abgehobenen dicken Horndecken in der vordersten grofsen Gruppe von Bildungen sind jetzt ganz eingetrocknet und wurden nun mittels einer Schere entfernt. Hierbei zeigte sich unter denselben in reichlicher Menge eine käsige, grauweifse, schlecht riechende Masse von sehr leicht abschabbaren Hornzellen. Nach Beseitigung dieser Masse wurde eine gräulichweifse, leicht macerierte, aber haltbare Horndecke freigelegt. In dieser Bildung läfst sich ebenfalls keine Vegetation des Bodens nachweisen.

26. Januar. Von den übrigen drei Bildungen wurden die darüber befindlichen dicken Horndecken und Häutchen entfernt. Hierbei wurden auf der gröfsten vegetierenden Bildung in der Mitte der Fufssohle kolossale, mürbe, weifse Hornmassen beseitigt, die einzig und allein ihren pilzartigen Charakter bedingten. Denn nach Entfernung dieser Massen zeigt sich darunter, und zwar im mittleren Teil der Bildung, eine sehr flache, kaum merkliche Erhebung des Bodens. Die ganze von der Bildung befallene Oberfläche stellte nach Beseitigung der mürben Massen eine ziemlich feste, leicht macerierte, grauweifse Horndecke dar.

Nachdem die Decke von der schon früher vertrockneten und verflachten Einzelblase, die sich ganz hinten in der Mitte der Fufssohle befand, abgenommen wurde, zeigte sich ein vollständig glatter Boden aus macerierter, keine Wucherungen aufweisender Hornschicht.

Was die kleine vegetierende Bildung anbelangt, welche sich am inneren Rand der Ferse in der Nachbarschaft der grofsen vegetierenden Bildung befand, so zeigte sich auch hier nach Entfernung der mürben Hornmassen

eine ganz bedeutende Vegetation des Bodens, wodurch letztere eine ziemlich konvexe Form bekam.

Von den beiden Bildungen am inneren Rand der Ferse, die eine stärkere Vegetation des Bodens aufwiesen, wurde je ein Stückchen behufs einer mikroskopischen Untersuchung, die Herr Privadozent MAMUROWSKY gütigst übernahm, möglichst tief exzidiert. Von dieser Zeit ab wurden dem Patienten Injektionen mit 2%iger Sublimatlösung, und zwar 1 ccm jeden zweiten Tag, verordnet. Örtlich wurde auf die bei der Biopsie verletzten Stellen ein Sublimatverband (1 : 2000) aufgelegt. Nach der Granulation der Wunden erhielten die verbleibenden, im allgemeinen unbedeutenden Verwachsungen der Epidermis Emplast. mercurial., wobei von Zeit zu Zeit die Vegetationen mit der Schere abgeschnitten wurden und dann mit Argentum nitricum verätzt.

Bei dieser Behandlung verschwanden die syphilitischen Erscheinungen ziemlich rasch und man konnte Anfang März auf den früher betroffenen Stellen der Fufssohle keine Veränderungen mehr feststellen, die Horndecke nahm ein völlig normales Aussehen an und die Hautdecke ergab hier auf Betasten, genau so wie früher, keine Infiltrate. Bis zum Tage des Entlassens (23. März) erhielt der Patient 25 Injektionen der genannten Lösung, das Allgemeinbefinden besserte sich bedeutend, das Körpergewicht stieg bis zu 4 Pud 6 Pf. (71,5 kg).

Mikroskopische Veränderungen. Die ausgeschnittenen Stückchen wurden in 10%ige Formalinlösung und von da in Alkohol gebracht. Für die Untersuchung auf Spirochäten wurde die Versilberungsmethode nach LEVADITI, für die histologische Untersuchung die Färbung mit Hämateïn-Eosin angewandt.

Das zur Untersuchung exzidierte Hautstück besteht aus der papillaren und teilweise der unterpapillaren Coriumschicht, die von einer bedeutend angewachsenen, die Hauptmasse des ausgeschnittenen Stückchens bildenden epidermoidalen Schicht bedeckt war. Die Hornschicht ist verdickt und mürbe. Die Stellen des Rete MALPIGHI sind stellenweise infolge hydropischer Veränderungen vakuolisiert und bilden Hohlräume von verschiedener Gröfse und Form (altération cavitaire). An den nach LEVADITI gefärbten Präparaten sind in diesen Hohlräumen besonders deutlich die schwarzgefärbten, blassen Spirochäten zu sehen, die übrigens überall im Rete in grofsen Mengen angetroffen werden. In diesen Hohlräumen und auch zwischen den Zellen des Rete finden sich stellenweise unbedeutende Ansammlungen ein- und vielkerniger Leukocyten. Die zwischen den Papillen gelegenen Teile des Rete MALPIGHI sind bedeutend nach der Tiefe zu verlängert. Die Papillen erscheinen stark ausgezogen und etwas verengt. Die Papillarschicht und der anliegende Coriumteil, soweit dieser beim Ausschneiden mitgekommen ist, zeigen eine mäfsige Infiltration mit lymphoiden und

teilweise epitheloiden Zellen. Riesenzellen fehlen. Die Gefäſse des oberen Coriumnetzes sind verdickt, hauptsächlich auf Kosten der intimalen Wucherung, wobei die Lichtweite der Gefäſse stellenweise bedeutend verengt erscheint.

An den nach LEVADITI gefärbten Präparaten im Gewebe der Papillen und des Coriums sind in groſser Anzahl blasse Spirochäten anzutreffen.

Die geschilderten mikroskopischen Veränderungen, welche infolge des reichlichen Vorkommens von blassen Spirochäten den Charakter von Granuloma syphiliticum haben, lieſsen keinen Zweifel über ihre syphilitische Natur. Es entsteht nun eine interessante Frage, die, wenn kein praktisches, so doch wenigstens ein theoretisches Interesse hat: Zu welcher Form dürfen die oben geschilderten syphilitischen Bildungen an der Fuſssohle zugezählt werden?

Wenn man sowohl das klinische Bild dieser Bildungen, bei denen weder ein Gewebszerfall noch eine Granulation beobachtet wurde, welche für ein pustulöses oder geschwürartiges Syphilid sprechen könnten, als auch deren Verlauf ins Auge faſst, muſs man zugeben, daſs wir es hier mit blasenartigen Ausschlägen (bulla) zu tun haben. Als typische Vertreter solcher Ausschläge erscheinen alle Blasenbildungen mit unverletzter Decke, die primäre Formen von Ausschlägen darstellen und das eigentümliche Aussehen von Einkammerblasen (Phliktaene). Nach Entfernung der Blasendecke fanden sich unter den letzteren keine mit dem Auge oder durch Tasten wahrnehmbare Infiltrate vor, welche darauf hinweisen würden, daſs der Entstehung der Blasen an dieser Stelle die Entwicklung eines beträchtlichen, klinisch ausgesprochenen Hautinfiltrats (Papel) vorangegangen sei.

In unserem Falle wie in den Fällen von ZEISSL und DEFINE ist nicht eine Infiltration um die Blase herum beobachtet worden, sondern es lieſs sich nicht einmal in der Umgebung derselben eine Hyperämie der Haut feststellen. Auf Grund aller dieser Erörterungen müssen wir anerkennen, daſs die Blasenbildung in unserem Falle ein primärer klinischer Ausdruck eines in der Haut stattgefundenen pathologischen Prozesses war.

„Die Frage, ob das morphologische Element irgendeines Ausschlages", sagt P. W. NIKOLSKI[18], „auf normaler Haut oder auf hyperämischer und angeschwollener Basis sitzt, hat in vielen Fällen eine groſse diagnostische Bedeutung und ist auch für die Aufklärung des Wesens des krankhaften Prozesses von Wichtigkeit".

Indem wir die eben zitierte Äuſserung zur Diagnostik der in unserem Falle vorliegenden Ausschläge auf der Fuſssohle anwenden, müssen wir

[18] NIKOLSKI, Beiträge zur Lehre vom Pemphigus foliaceus CAZENAVI. Dissertation. Kiew 1896 (russisch).

darauf hinweisen, dafs ihre Anerkennung als bullöse in vollem Einklang steht, sowohl mit den vorliegenden klinischen Befunden als auch mit den über diesen Gegenstand existierenden wissenschaftlichen Ansichten.

So wird in dem verhältnismäfsig alten Lehrbuch von G. BEHREND[19] als Merkmal für Pemphigusblasen der Umstand betont, dafs dieselben sich entweder auf der normalen Haut oder auf einem roten Fleck entwickeln. In dem späteren Lehrbuch von JARISCH[20] wird über diese Frage dasselbe gesagt. RIEHL[21] weist bei der Definition des Wesens der Blasenformen (vesicula und bulla) darauf hin, dafs die Blase oft von einem sich nicht abhebenden hyperämischen Ring umgeben wird. NIKOLSKI[22] äufsert sich dahin, dafs, obgleich die Eigenschaften der Blase, welche das Bindeglied für die verschiedenen Pemphigusarten bildet, sehr verschieden sein können, doch als charakteristisches Merkmal für Pemphigus die Abwesenheit einer Entzündungsreaktion erscheint, welche aber später um sie herum auftreten kann, was gerade in unserem Falle wirklich beobachtet wurde.

Im Abschnitt „Pemphigus" seines klassischen Lehrbuches sagt UNNA[23], dafs er unter dieser Bezeichnung nur solche Blasenerkrankungen versteht, die entweder auf der ungeröteten oder auf der nur mäfsig geröteten Haut auftreten.

Aus der Reihe der angeführten Äufserungen verschiedener Autoren geht hervor, dafs allgemein als charakteristisches klinisches Merkmal für bullöse Ausschläge die Abwesenheit eines Entzündungsinfiltrats um die Blasen herum angesehen wird. Gerade diesen Charakter trugen die bullösen Ausschläge in unserem Falle, von denen die Mehrzahl (vordere Bildungen an der Fufssohle) zur Zeit der Beobachtung des Kranken bereits den Zyklus ihrer Entwicklung durch bei Blasenbildungen so häufige Eintrocknung beendet hatte.

Die an einigen bullösen Ausschlägen unseres Falles beobachtete Vegetation des Bodens bildete eine nachträgliche Erscheinung, die sich erst nach dem Auftreten der Blasen einstellte und überdies nicht in allen Blasen zum Vorschein kam. Bekanntlich stellt dieser Prozefs bei gewissen Blasenformen, z. B. bei Pemphigus vegetans NEUMANN[24], eine der charakteristischen Veränderungen dar, die in einem Wuchern des Blasenbodens besteht, wobei solche Wucherungen eine bedeutende Gröfse erreichen können und eine Ähnlichkeit mit hypertrophischen syphilitischen Papeln

---

[19] GUSTAV BEHREND, Lehrbuch der Hautkrankheiten.
[20] A. JARISCH, Die Hautkrankheiten. Wien 1900. S. 197.
[21] RIEHL, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena 1909. S. 36.
[22] NIKOLSKI, *Russ. Journ. f. Haut- u. ven. Krankh.* 1902. Bd. 3, S. 608.
[23] UNNA, Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. S. 186.
[24] M. KAPOSI, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899. S. 578.

aufweisen (UNNA[25], NIKOLSKI). In unserem Falle erreichte eben die Vegetation an der gröfsten Bildung in der Mitte der Fufssohle eine derartige Gröfse, dafs das Gebilde durch seine erhabene Form beim ersten Blick an das breite Kondylom erinnert. In der Tat, wenn man die oben geschilderten primären Blasenbildungen nicht berücksichtigt, könnte man diese Bildung ihrem äufseren Aussehen nach für eine stark wuchernde vegetierende Papel halten. Zieht man jedoch in Betracht einerseits die Grundform aller Ausschläge auf der Fufssohle — die Blasenausschläge — und andererseits das histologische Bild der Veränderungen, so kann man leicht einer derartigen Verwechslung entgehen. An den mikroskopischen Präparaten unseres Falles kann man eine sehr häufige Vakuolisation der Zellen der epidermoidalen Schicht beobachten — eine Veränderung, die bei Pemphigus vegetans vorkommt (NIKOLSKI). Ferner lassen sich an unseren Präparaten in der epidermoidalen Schicht aufser der Vakuolisation der Retezellen auch noch zahlreiche Höhlungen sehen. Derartige Veränderungen könnten nur bei blasenartigen Bildungen (bulla) stattfinden, da nach UNNA solche Hohlräume beim breiten Kondylom niemals vorkommen. Andererseits spricht gegen das breite Kondylom die völlige Abwesenheit von Riesenzellen in unseren Präparaten, während nach UNNA dieselben beim breiten Kondylom sehr oft angetroffen werden.

Die geschilderten Ausschläge konnten auch nicht für irgendeine geschwürige oder pustulöse Form von Syphilis gehalten werden, da dagegen die völlige Abwesenheit eines sichtbaren Infiltrats um die Blasen herum und das Ausbleiben eines Zerfalls in den Ausschlägen, die spurlos verschwanden, ohne Narben zu hinterlassen, sprechen. Einer solchen Annahme widersprach aufserdem das Bild der mikroskopischen Veränderungen, die nirgends Erscheinungen von Nekrose oder Gewebszerfall zeigten.

Nachdem wir festgestellt haben, dafs die Bildungen auf der Ferse in unserem Fall zu syphilitischen, bullösen Formen mit Neigung bei einigen derselben zu beträchtlicher Vegetation des Blasenbodens zugehören, müssen wir die Frage berühren, ob die Bildungen dieser Art die Bezeichnung Pemphigus beanspruchen dürfen.

Bei der Definition des allgemeinen Begriffs Pemphigus verleihen diese Bezeichnung Autoren wie L. BROCQ[26], UNNA[27], JARISCH[28] und BETHMANN[29] mit vollem Recht nur einer beschränkten Anzahl Dermatosen mit einem ganz bestimmten Symptomenkomplex, wie Pemphigus acutus und chronicus und ihre Unterarten. In der Tat gibt an und für sich die

---

[25] A. a. O.

[26] L. BROCQ, Traitement des maladies de la peau. Paris 1892. S. 602.

[27] A. a. O. S. 176.

[28] A. a. O. S. 196.

[29] RIEHL, Lehrbuch der Hautkrankheiten usw. S. 150.

Bildung von Blasen, die als Folge der verschiedensten pathologischen Prozesse an der Haut auftreten können, keineswegs das Recht auf die Bezeichnung Pemphigus — eine Bezeichnung, deren falsche Benutzung nach Brocq bei einer ganzen Reihe von Blasenerkrankungen dazu geführt hat, dafs man anfing, einfache elementare Hauterkrankungen (bulla) mit dem Namen Pemphigus zu bezeichnen. Deswegen scheiden sowohl Brocq als auch Unna aus der allgemeinen Gruppe des Pemphigus verschiedene Blasenaussschläge aus, wo die Blasenbildung nur als ein Krankheitssymptom erscheint. Indem Unna hierbei aus der Gruppe des Pemphigus u. a. auch Pemphigus syphiliticus ausschliefst, kehrt er bezüglich des letzteren zur alten Bezeichnung Syphilide bulleuse (bullöses Syphilid) zurück. Diese Bezeichnung müssen wir wegen ihrer Zweckmäfsigkeit auch den oben geschilderten Veränderungen an der Ferse in unserem Falle verleihen. Letztere sind klinisch mit den Ausschlägen in dem Falle Define ganz ähnlich, welcher sie jedoch wegen der vergeblichen Suche nach Spirochaeta pallida nur als bullöse Formen bei Syphilitikern, nicht aber als syphilitische bezeichnen konnte.

Vergleicht man die histologischen Veränderungen in den Bildungen unseres Falles mit den von Unna[30] und Levaditi[31] beschriebenen Veränderungen bei bullösem Syphilid von Neugeborenen, mufs man die grofse Ähnlichkeit derselben anerkennen. Beide Autoren weichen voneinander in der Erklärung der Art des Entstehens der Blasen ab (nach Levaditi vermittelst Vakuolisation der Epithelialzellen, nach Unna durch Verbreiterung der interepithelialen Spalten), weisen jedoch alle beide auf die Entwicklung von Hohlräumen in Rete Malpighi hin. Was die Beschaffenheit des an der Blasenbasis befindlichen Hautinfiltrats anbetrifft, so nähert sich zwar derselbe nach Unna dem Typus des papulösen Infiltrats (weshalb er auch für diese Form die Bezeichnung bullöse Papel Neugeborener gibt), jedoch betont er die wesentlichen Unterschiede gegenüber dem, was in den Papeln bei Erwachsenen beobachtet wird. Als einen der Unterschiede bezeichnet Unna die Abwesenheit von Plasma- und Riesenzellen in den Blasenpapeln, die somit der Qualität ihrer zelligen Infiltration nach mehr dem histologischen Bilde von Roseola syphilitica bei Erwachsenen ähnlich sind. In unseren Präparaten zeichnet sich die zellige Infiltration des Papillarkörpers im allgemeinen ebenfalls durch mäfsigen Charakter und das Fehlen von Riesenzellen aus. Den einzigen Unterschied gegenüber den von Unna bei Pemphigus syphiliticus neonatorum beschriebenen histologischen Veränderungen bildet die kolossale Vegetation der epidermoidalen Schicht. Diese Neigung zur Vegetation des Bodens in einigen Blasen erscheint vielleicht

[30] A. a. O. S. 539.

[31] C. Levaditi, La syphilis. Paris 1999. S. 347.

als eine besondere Eigenschaft von bullösen Syphiliden bei Erwachsenen im Gegensatz zu ebensolchen Syphiliden bei Neugeborenen.

Indem wir hiermit die Schilderung unseres Falles schlieſsen, müssen wir nur noch darauf hinweisen, daſs, wenn die bullöse Syphilisform bei Kindern mit hereditärer Syphilis als eine besondere Abart von Syphiliden gerechnet wird, genau so wie z. B. die Papeln auf Handteller und Fuſssohle, so hat die nach dem klinischen Bild und *dem Charakter der histologischen Veränderungen* ihr ähnliche *bullöse Form bei erworbener Syphilis bei Erwachsenen*, wie sie von anderen Autoren und von uns in diesem Falle beschrieben worden ist, ein ebensolches Recht, als eine besondere und dazu höchst selten vorkommende Form von Syphiliden der sekundären Periode bei Erwachsenen — Syphilis bullosa adultorum (Pemphigus syphiliticus adultorum) — anerkannt zu werden.

Die geschilderte Form von Syphiliden hat, nach den von uns gefundenen Fällen aus der Literatur zu urteilen, offenbar die Neigung zum Rezidivieren. So rezidivierten die Ausschläge im Falle von Zeissl dreimal im Laufe einer verhältnismäſsig kurzen Zeit. Im Falle von Define wurde eine noch gröſsere Anzahl von Rezidiven, und zwar im Laufe längerer Zeit beobachtet. In unserem Falle rezidivierten die Ausschläge zweimal. Soviel wir aus eigener Beobachtung an dem Patienten schlieſsen können, der im Hospital drei Monate nach Entlassung zum zweitenmal, und zwar mit neuen sekundären Erscheinungen, aber ohne bullöse Ausschläge, kam, rezidivieren diese letzteren nach gründlicher, allgemeiner und lokaler Quecksilberbehandlung nicht, wenigstens nicht gleich nach der Kur. Als eine weitere Eigentümlichkeit der genannten Form müssen wir, ebenso wie Zeissl und Define, die Neigung zum Zusammenflieſsen der Blasen und die Vegetation des Bodens bei einigen derselben bezeichnen. Letzteres war in unserem Falle schärfer ausgeprägt als bei Define. Die genannte Form kann sich nach dem Fall Define in einer späteren Periode der sekundären Syphilis (etwa 20 Jahre nach der Infektion) entwickeln.

Indem wir uns zur Ätiologie der geschilderten Ausschläge wenden, können wir keine wahrnehmbare äuſsere Ursache für sie finden. Bei der groſsen Zahl von Kranken, die wir im Hospital zu beobachten hatten und die bei der Ausübung ihrer Militärpflicht viel zu gehen und auf den Beinen zu stehen hatten, haben wir niemals solche Ausschläge feststellen können. Dadurch fällt die Vermutung über die Bedeutung des vielen Gehens und der schweren Fuſsbekleidung als Ursache von bullösen Erkrankungen bei Syphilis weg. Wir glauben daher, daſs es richtiger ist, gleich Define anzuerkennen, daſs in der Pathogenesis der bullösen Formen bei Syphilis, sowohl bei Neugeborenen als auch bei Erwachsenen, die Hauptrolle der Syphilis selbst zufällt.



Syphilis bullosa adult.

Photot. C. Fischer, Moskau.

PAWLOFF u. MAMUROWSKY.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

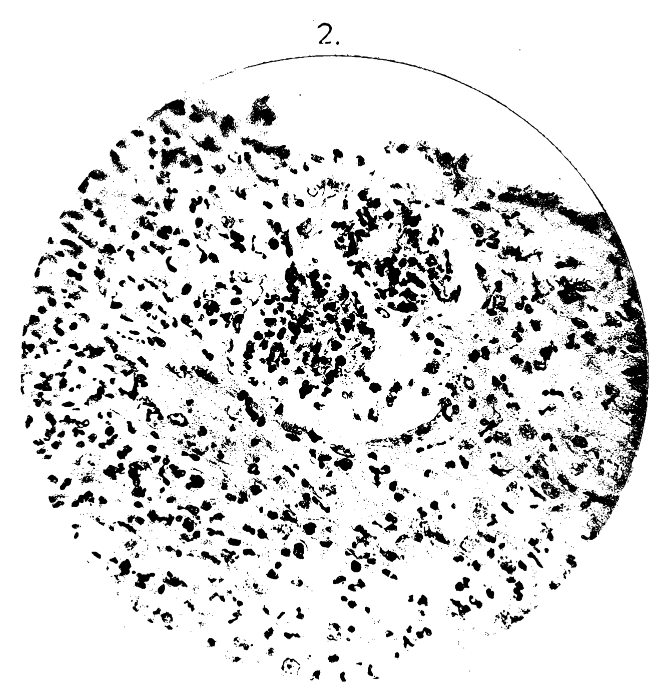
Monatshefte für p

Pawloff u. Ma

1.



2.



Syphilis bullosa adult.

Pawloff u. Mamurowsky.

Photot. C. Fischer, Moskau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

Tafel I: Bild de
Tafel II: 1. Oben
trop
ist e
zeic
2. Verä
Ent
gröf
Zeichnung
dozent A. G. MA

Bei Vers
achtung, dafs
trug das auf d
bestreuten Ges
entsprechend s
behandlung mi
Weise:

Ich mach
Präparate, ein
eine objektive
gefunden werde
Nach Entnahm
säure und best
das Einpudern
in sehr wenige
schwinden, wo
fahrens sehe i
gesamte infilt
recht grofse S
heilt immer i
handlung dass
dafs sie übera

Erklärung der Tafeln.

Tafel I: Bild der Blasenbildungen auf der Fufssohle.

Tafel II: 1. Oben ist ein Teil der vegetierenden epidermoidalen Schicht und die Hypertrophie der interpapillaren Leisten des Rete MALPIGHI zu sehen. Unten ist ein Teil des Coriums, welcher bei der Biopsie aufgenommen ist, gezeichnet (schwache Vergröfserung).

2. Veränderungen in der vegetierenden überpapillaren Schicht der Hornschicht. Entstehung von Hohlräumen. Ansammlung von Leukocyten (starke Vergröfserung).

Zeichnung 1 und 2 der Tafel II sind nach einer Mikrophotographie von Privatdozent A. G. MAMUROWSKY angefertigt.

(Übersetzt von Dr. L. GOLODETZ-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Zur lokalen Therapie des Ulcus venereum.

Von

Dr. W. LÜTH-Thorn.

Bei Versuchen mit Mucosan bei Gonorrhoe machte ich die Beobachtung, dafs die eitrige Sekretion in wenigen Tagen aufhörte: ich übertrug das auf die Behandlung von Ulcera und sah, dafs die mit dem Pulver bestreuten Geschwüre sich in überaus kurzer Zeit reinigten und dementsprechend schnell zur Heilung kamen. Ich verband daher diese Pulverbehandlung mit der sonst üblichen Therapie des Ulcus durum in folgender Weise:

Ich mache von jedem zur Behandlung kommenden Schanker zwei Präparate, ein Schnellpräparat mit Tusche und eins nach GIEMSA, um eine objektive Unterlage für meine Diagnose zu haben, dafs Spirochäten gefunden werden, sei es, dafs Eiterbakterien ihre Anwesenheit ausschliefsen. Nach Entnahme des Materials ätze ich den Primäraffekt mit reiner Karbolsäure und bestreue ihn darauf dick mit Mucosan, eventuell wiederhole ich das Einpudern am zweiten und dritten Tage. Regelmäfsig sieht man dann in sehr wenigen Tagen, bisweilen schon nach 24 Stunden den Belag verschwinden, worauf die Heilung erfolgen kann. Einen Vorzug des Verfahrens sehe ich neben der schnellen Heilung namentlich darin, dafs das gesamte infiltrierte Gewebe zerstört wird: der dadurch entstehende, oft recht grofse Substanzverlust füllt sich sehr schnell aus und die Wunde heilt immer im Niveau der Umgebung. Es scheint mir, dafs diese Behandlung dasselbe leistet, wie die Exzision, aber vor dieser den Vorzug hat, dafs sie überall angewandt werden kann.

Beim Ulcus molle tritt der Wert dieser Therapie besonders beim Ulcus ad frenulum hervor, das hierbei, wenn man das Pulver in alle Taschen und Falten einreibt, mit einem Schlage heilt.

Seit Januar d. J. verwende ich bei frischen Primäraffekten zur ersten Allgemeinbehandlung das französische Arsenpräparat Hektin, wodurch die Sklerose meist in drei bis vier Tagen heilt, so daſs eine Lokalbehandlung nicht nötig ist; aber in den Fällen, in denen die Injektionskur hinausgeschoben werden muſs, und beim weichen Schanker ist die Behandlung mit Mucosan sehr zu empfehlen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Mai 1911.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Tomasczewski demonstriert Affen, welche er **mit frühulceröser Syphilis und mit ulcerierter Spätsyphilis** (Gummata) erfolgreich geimpft hat. In den Impfaffekten läſst die Spirochaeta pallida sich nachweisen.

Diskussion: Fritz Lesser bemerkt, daſs im Chancre mixte sehr selten Spirochäten gefunden werden. Tomasczewski gibt zu erwägen, ob vielleicht hierbei ein Generationswechsel auftrete.

2. Wollenberg demonstriert eine 37jährige Frau mit **Pityriasis rubra pilaris.** Mikroskopisch sieht man die follikuläre Hyperkeratose. Der Fall ist durch Behandlung schon etwas atypisch geworden.

3. Fischel demonstriert einen 28jährigen Mann, der seit 14 Jahren an einer **lineären Affektion** hinten am Bein leidet.

4. W. Friedlaender demonstriert einen seit fünf Jahren bestehenden Fall von **Handflächenkeratose** und läſst die Entscheidung zwischen Keratoma palmare und Keratodermia symmetrica erythematosa Besnier offen.

5. W. Friedlaender demonstriert ein junges Mädchen mit Vitiligo, die nach Masern hervorgetreten ist. Da die Wassermannsche Reaktion stets positiv war, der Vater ebenfalls positiven Wassermann hat (er hatte vor mehr als zehn Jahren Syphilis), möchte er eine Beziehung zwischen **Vitiligo und hereditärer Lues** annehmen. Das Blut der Mutter freilich reagiert negativ.

Diskussion: Rosenthal und E. Lesser neigen nicht zu derselben Auffassung des Falles. L. Meyer weist auf die Häufigkeit positiven Wassermanns ohne andere Symptome bei Syphilis congenita hin. Lipman-Wulf und Lesser trennen scharf das Leukoderm von der Vitiligo. Heller führt Vergleichsmomente aus der Tierpathologie an.

6. Th. Mayer berichtet von dem Fall eines 32jährigen Mannes, der vor zehn Jahren **Syphilis** gehabt hat **und** kürzlich an **Dermatitis herpetiformis** erkrankte. Die Wassermannsche Reaktion war schwach +; nach Salvarsanbehandlung wurde die Reaktion stark +. Vielleicht hat das Schwanken im Stand der Dermatitis herpetiformis dieses Schwanken der Blutreaktion mit verschuldet.

480010

Diskussion: L. MEYER gibt zu erwägen, ob die zweite Erkrankung nicht das Syphilisvirus mobilisiert habe. E. LESSER meint, gerade die Salvarsanbehandlung habe diese Mobilisierung bewirkt.

7. SCHINDLER ist der Ansicht, dafs **WRIGHTs opsonischer Index** praktisch wertlos sei, dafs die Vaccinebehandlung nur nach dem klinischen Erfolge arbeiten dürfe. Mit weiteren Ausführungen wendet er sich gegen die von REITER ausgesprochenen Ansichten.

Diskussion: REITER und FRIEDLAENDER ergänzen ihre Ansichten aus den früheren Sitzungen (Juli 1910, März 1911) und empfehlen vor allem kleine Dosen.

8. GRABLEY demonstriert einen Apparat, der durch einfaches Umlegen eines Hebels gestattet, den **Röntgen-** oder den **Hochfrequenzapparat** zu benutzen (Konstrukteur BEEZ).

Diskussion: FISCHEL berichtet über gute Erfolge mit diesen Apparaten. GRABLEY bespricht die verschiedenen Arten der Hochfrequenzwirkung.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Mai 1911.

Der Stoffwechsel bei Dermatitis exfoliativa, von H. LETHELEY TIDY-London. Viele Hautkrankheiten sind auf Autointoxikation (Resorption von Giften vom Darme aus) und ähnliche Störungen zurückgeführt worden, aber nur eine relativ geringe Anzahl der Fälle fanden an genauen Urinuntersuchungen eine Stütze. Verfasser benutzte drei Fälle von Dermatitis exfoliativa, wovon zwei männliche Patienten im Alter von 29 und 48 Jahren und einer eine 43jährige Patientin betrafen, um festzustellen, ob die Urinuntersuchung ein Licht auf die Ätiologie des Hautleidens werfen könnte. Von den zwei erstgenannten Fällen war der eine sehr hartnäckig, während der zweite sehr rasch zur Heilung kam, im dritten Falle war das Hautleiden zweifellos auf eine stark reizende Salbe, die wegen seit Jugendzeit bestehender Psoriasis aufgetragen wurde, zurückzuführen. Es wurde entsprechende, gleichartige Diät, ebenso an zwei gesunden Kontrollpersonen gegeben, der jeweilige 24stündige Urin gesammelt und besonders auf: 1. den Gesamtstickstoff (nach KJELDAHLS Methode), 2. Harnstoff, 3. Ammoniak (nach SCHMIDTS Methode) und 4. Harnsäure (nach GOWLAND HOPKINS Methode) untersucht, aufserdem wurden aber auch spezifisches Gewicht, Reaktion, Eiweifsgehalt, Zucker, Aceton und die Sedimente mikroskopischer Natur täglich bestimmt. Es ergab sich, dafs bei den Fällen von Dermatitis exfoliativa durch den Urin weniger Flüssigkeit und Stickstoff, durch die Haut aber ein Überschufs an denselben ausgeschieden wird. Die Harnsäureauscheidung ist eine aufserordentlich hohe und wird um so geringer, je mehr der Zustand der Haut sich bessert. T. kommt daher zu dem Schlusse, dafs die im Urin gefundenen Veränderungen sekundärerer Natur und notwendige Folge der durch die Hautkrankheit bewirkten erhöhten Hauttätigkeit, also keineswegs die Ursache der Hautkrankheit sind. Bezüglich der letzteren kann also die Urinuntersuchung keine Aufklärung geben, aber die angegebenen Harnveränderungen legen immerhin die Notwendigkeit von (diätetischen und anderen) Mafsnahmen nahe, welche die Nieren vor weiterer, unnötiger Schädigung während des Bestehens der Hautaffektion schützen sollen. Tabellarische Übersicht der Harnanalysen.

Stern-München.

LIBRARY

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Februar 1911.

Periadenitis mucosa necrotica recurrens, von RICHARD L. SUTTON-Kansas City. Der von S. beobachtete Fall betraf einen 16jährigen Studierenden, der von früher Jugend auf an einer speziellen, rezidivirenden Entzündung der Mund- und Zungenschleimhaut litt; nach 6—8tägiger Dauer stellte sich zuweilen geschwürige Entartung und Nekrose mit schliefslicher Narbenbildung ein. Pathologisch-anatomisch ist die Affektion charakterisiert durch einen intensiven Entzündungsprozefs im periglandulären Gewebe mit Ablösung des zentralen Teiles des affizierten Herdes als Folge der Nekrose. Obwohl im vorliegenden Falle die Tuberkulinprobe eine negative war, glaubt S. doch an die tuberkulöse Ätiologie der Affektion; der Verlauf des Leidens spricht für eine allgemeine Intoxikation, welche zeitenweise zu akuten lokalen Erscheinungen hochgradig entzündlicher Natur führt. Freiluftkur, reichliche Ernährung, Lebertran-, Eisen- und Arsenpräparate, lokale Behandlung mit Lösung von Wasserstoffsuperoxyd in Glycerin führten wesentliche Besserung des Allgemeinzustandes, wie des Lokalleidens, welches S. den Tuberkuliden zurechnen möchte, herbei.

Fibroma molluscum oder allgemeine Neurofibromatosis, von A. RAVOGLI-Cincinnati. Bei dem 46jährigen Patienten war die Affektion seit Geburt auf vorhanden und der Grund, weshalb er ärztliche Hilfe aufsuchte, war Neuritis beider Beine. Die Haut fast des ganzen Körpers ist übersät mit zahllosen Tumoren, wovon die einen klein, flach und rund, andere gröfser, länglich und gestielt aufsitzend; die Stirne ist bedeckt mit kleinen Geschwülstchen von etwa Erbsengröfse und bräunlicher Farbe, Gesicht, Hals, behaarter Kopf und Schultern zeigen dieselben Tumoren, an Brust und Bauch erreichen sie Hasel- bis Walnufsgröfse; im allgemeinen ist die obere Körperhälfte hochgradiger affiziert, als die untere (Extremitäten). Das Hautleiden verursacht keine Schmerzen oder Unbehagen und wird oft nur zufällig gelegentlich einer anderen Affektion gefunden. Wiewohl wir die anatomische Natur der Neurofibromatosis als eine Affektion der Endfäden der Hautnerven nun genau kennen, wissen wir doch nichts Näheres, wie sie zustande kommt. Die Prognose ist ohne Bedeutung, bezüglich der Behandlung hat R. in einem Falle mit 10%iger Cacodylsäure, jeden zweiten Tag injiziert, gute Resultate gehabt, im vorliegenden Falle wurde dieselbe Behandlung angewandt, der sich Patient aber vorzeitig entzog.

In der folgenden Diskussion (auf der 34. Jahresversammlung der Vereinigung amerikanischer Dermatologen, Washington, 3. bis 5. Mai 1910) erklärte GOTTHEIL, die Bezeichnung „Neurofibromatosis" sei zwar sehr wohlklingend, aber keinesfalls auf alle Fälle zutreffend; er habe in einigen Fällen diese Tumoren histologisch untersucht, aber keinen Zusammenhang mit Nervenfaserscheiden und auch in den Tumoren keine Nervenfasern gefunden. Auch DUHRING ist überzeugt, dafs ein grofser Teil der als Fibroma molluscum beschriebenen Fälle als reine Fibrome aufzufassen und von der Neurofibromatosis abzutrennen seien; bei letzterer sei spätere Pigmentierung die Regel, bei ersteren könne das Hautleiden 10 und 20 Jahre ohne Pigmentierung, ohne subjektive Beschwerden usw. währen. In manchen Fällen beginne die Affektion in der frühen Kindheit, in anderen aber sicher erst in späteren Jahren. D. bemerkte in all seinen Fällen, deren man sicher verschiedene Arten unterscheiden mufs, eine gewisse geistige Beschränktheit der Patienten und sah keinen Fall bei geistig ganz gesunden Leuten.

Isolierung und Wachstum des Aknebacillus, von E. D. LOVEJOY und T. W. HASTINGS-New York. Der Aknebacillus wird in der grofsen Mehrzahl der Fälle von Akne, und zwar in gröfserer Menge bei den Früherscheinungen, wie Comedonen und kleinen, beginnenden, oberflächlichen Pusteln nachgewiesen werden und wird auch in

der Talgabsonderung scheinbar gesunder Haut, speziell der Nasenflügel, gefunden. Die Färbung geschieht am besten nach Gram. Die Reinkultur vollzieht sich am besten in Gelatine-Agar oder Bouillonmedien und die Mikroorganismen erscheinen als grauweifse, rundliche, langsam (mehr nach innen als nach aufsen) wachsende Kolonien, welche sich durch geringe Adhärenz an das Nährmittel charakterisieren. Nachdem die Röhrchen (nach Wrights oder einer anderen Methode) anaërob gemacht worden sind, treten bei gewöhnlicher Bruttemperatur nach etwa drei Tagen die kleinen, grauen Aknebacillus- und aufserdem die gröfseren, weifsen Staphylococcuskolonien auf, welche durch sorgfältige Übertragung isoliert werden müssen. Verfasser werden nun weitere Versuche mit der Bacillus Akne- und Staphylococcus-Vaccine machen und sie in Vergleich mit den Resultaten, welche allein letztere ergeben haben, ziehen.

Mai 1911.

Bemerkungen zu dem Artikel „Eine vergleichende Studie über Acrodermatitis chronica atrophicans und diffuse Sklerodermie, verbunden mit Morphoea atrophica", von F. P. Kanoky und R. L. Sutton, von Prof. Herxheimer und Willy Schmidt. Verfasser geben zwar gern zu, dafs das klinische Bild der idiopathischen Hautatrophie (Acrodermatitis chronica atrophicans) und das atrophische Stadium der Sklerodermie einige Ähnlichkeit haben, dafs aber keineswegs, wie besonders Vignolo-Lutati hervorhob, beides identische Affektionen wären. Bei beiden betreffen am Beginn die Veränderungen Gefäfswände und ihr umgebendes Gewebe, bei beiden kommt es zur Einschmelzung von Fett und Verschwinden von subcutanem Bindegewebe, dann aber tritt der Unterschied insofern ein, als bei der Akrodermatitis rasch Atrophie des Kollagens und der Drüsen folgt und zur Verdünnung der Haut mit völligem Verschwinden des elastischen Gewebes führt, während bei Sklerodermie die Atrophie des Kollagens langsam vor sich geht und schliefslich dieses und die elastischen Fasern geopfert werden. Die von Sutton und Kanoky in einer früheren Arbeit (referiert in den *Monatsheften*, Bd. 50, S. 122), angenommene Identizität der beiden genannten Hautleiden negieren Verfasser also vollständig.

Historische Skizze über Lepra in den Vereinigten Staaten, von S. Pollitzer-New York. Die erste historische Angabe über die Lepra in den Vereinigten Staaten datiert vom Jahre 1775, und zwar im Staate Louisiana, zunächst kam dann Süd-Karolina u. s. f.; in Anbetracht der Tatsache, dafs all die früheren Fälle unter den Negern vorkamen, glaubt P., die Lepra sei entweder von Afrika oder Westindien nach Nordamerika eingeschleppt worden. Aufser Louisiana sind noch Texas und Florida in den Golfstaaten, Süd-Karolina an der atlantischen Küste, an der pazifischen Küste und im (skandinavischen) Nordwesten Lepraherde, ferner sind in allen grofsen Städten, Boston, New York, Philadalphia usw. solche vorhanden, und hier sind vor allem die Chinesen die Träger der Lepra. Die offizielle Statistik vom Jahre 1902 gibt die Gesamtzahl der Leprafälle auf 278 in den Vereinigten Staaten an, wovon 176 männlichen, 102 weiblichen Geschlechts; diese Zahl dürfte aber zu niedrig gegriffen und die spätere Schätzung von Hitt (auf 530 Fälle) die richtigere sein, auf Louisiana allein würden dann 300 treffen.

Die sozialen Fragen der Lepra und die Frage der Absonderung, von Isadore Dyer-New Orleans. Verfasser hebt die Notwendigkeit hervor, dafs nun auch die Vereinigten Staaten an eine ausreichende Obsorge für ihre Leprakranken herantreten; nachdem nur in einem einzigen Staate, der allerdings die gröfste Anzahl Lepröser beherberge, in Louisiana ein Lepraasyl (seit 1894) bestehe, müsse unbedingt auch in anderen Staaten für die Absonderung und Pflege dieser Unglücklichen, deren relative Zahl immer mehr zunehme, Sorge getragen werden. Mit 250000 Dollars, welche für Lepraforschung auf den Sandwichinseln mit ihren weniger als 500 Fällen

bewilligt worden seien, könnte sicher für die Leprakranken in den Vereinigten Staaten, deren Zahl doppelt so grofs sei, eine geeignete und genügende Einrichtung geschaffen werden.

Über experimentelle Lepra und deren Bedeutung für die Serumtherapie, von CHARLES W. DUVAL und F. B. GURD - New Orleans. Verfasser stellten experimentelle Versuche über die Biologie und Immunität gegen den Leprabacillus an und kamen dabei auch zu der Möglichkeit einer spezifischen Behandlung und Prophylaxe mittels einer Serumart. Es gelang ihnen die Reinkultur des Leprabazillus aus den Hautknoten in acht, aus dem Nasensekret in zwei Fällen und aus experimentell erzeugter Lepra bei einer Anzahl weifser und japanischer Mäuse und Affen. Das experimentelle Studium über Virulenz und Lebensfähigkeit der Leprabazillen zeigt die Notwendigkeit frühzeitiger Diagnose und strenger Absonderung mancher Typen der Krankheit. Speziell gefährlich vom Standpunkte der Infektion sind die Fälle, wo Bazillen mit dem Nasenschleim abgesondert werden; sie bilden eine ständige Gefahr für ihre Umgebung, indem die Bazillen auf verschiedene Gegenstände des Haushalts abgesetzt und Veranlassung zu indirekter Übertragung werden. Die Resultate der Tierexperimente zeigen die Tatsache, dafs auch direkte Übertragung von Individuum auf Individuum ohne einen Zwischenträger wie Wanzen oder andere Parasiten, vorkommt. Die ausgeführten Tierexperimente beweisen ferner, dafs die Haupteintrittspforte für den Leprabazillus in den menschlichen Körper der Nasenrachenraum ist, ebenso, dafs die Bazillen durch Risse in der äufseren Haut eindringen können, ohne an der Eintrittsstelle Veränderungen hervorzurufen. Die Frage der Lebensfähigkeit des Leprabacillus aufserhalb des menschlichen Körpers ist von gröfster Wichtigkeit vom Standpunkt der Gesundheitspflege und Prophylaxe: es zeigten sich die Reinkulturen nach Monaten noch unter den ungünstigsten Bedingungen lebensfähig und virulent, wodurch manches bisher Unaufgeklärte bezüglich der Übertragung der Krankheit verständlich wird. Die Bazillen können leicht in Reinkultur gewonnen werden aus Stückchen infizierten Lepragewebes, das in Salzwasser bei Zimmertemperatur mehr als acht Monate aufbewahrt war. Wo Vorsorge gegen Eintrocknen der Nährsubstanz getroffen ist, bewahren sie ihre Virulenz in Reinkultur, verbunden mit anderen Bakterien, länger als ein Jahr. Das Optimum der Vermehrungsfähigkeit der Leprabazillen liegt um 32° C herum, sie kann aber im allgemeinen noch zwischen 10° und 39° C statthaben. Die Tatsache allein, dafs die Mikroorganismen so lange aufserhalb des menschlichen Körpers leben können, dürfte darüber aufklären, warum die Krankheit immer wieder in Haushaltungen, welche einen Leprösen beherbergt haben, auftritt. Direkte Übertragung von Mensch auf Mensch kann vorkommen, aber ist die Ausnahme, indirekte Übertragung bei weitem die häufigere, die Schleimhaut des Nasenrachenraums meist die Eingangspforte sowohl wie die Hauptquelle, von welcher aus die Weiterinfektion stattfindet. Der experimentell erzeugte Lepraherd ist histologisch identisch mit dem im menschlichen Gewebe gefundenen. Die Versuche, eine künstliche aktive Immunität, welche zu therapeutischen Zwecken Verwendung finden könnte, hervorzurufen, bewegten sich in zwei Richtungen: erstens wurden Patienten, die mit Lepra behaftet waren, mit Aufschwemmungen, welche Laprabazillen und deren Toxin enthielten, geimpft und zweitens Tiere mit gröfseren Dosen von Bazillen inokuliert in der Annahme, in deren Sera Immunkörper, welche zur passiven Immunisierung beim Menschen dienen könnten, zu erzeugen. Verfasser kamen bei diesen Versuchen wenigstens so weit, unlösliche Toxine, gegen welche spezifische Körper weiterhin zu entwickeln sind, nachzuweisen, und wollen ihre therapeutischen Bestrebungen mit der Vaccinebehandlung und aktiver Immunisierung an Tieren fortsetzen.

Ausgedehnter Lupus erythematosus, verbunden mit einem papulo-nekrotischen Tuberkulid (?), von Udo J. Wile - New York. Den Fall betraf eine verheiratete Frau, bei welcher der Lupus erythematosus vor etwa fünf Jahren mit Jucken am linken Ohr begann und von hier aus als schuppende Eruption rasch auf den behaarten Kopf überging, fast völligen Haarausfall bewirkte und drei Jahre später Wangen und Nase befiel. Erst vor drei Monaten gesellte sich dazu an den Streckseiten beider Vorderarme eine aus zahlreichen, reiskorn- bis erbsengrofsen, teils in der Haut liegenden, teils über derselben erhabenen Knötchen bestehende Hauteruption, schmerzlos und ohne entzündliche Reaktiou in der Umgebung. Die Tuberkulinprobe (nach Pirquet) fiel positiv aus. Sowohl die klinische wie histologische Untersuchung ergab für erstere Affektion das typische Bild des Lupus erythematosus, so dafs wir die beachtenswerte Kombination desselben mit einem andersartigen tuberkulösen Ausschlag (sog. Tuberkulid) vor uns haben. *Stern-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1911. Heft 1.

Dieses Heft enthält den Bericht über die zwölfte Sitzung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis (Rom, 18. bis 21. Dezember 1910). Folgende Vorträge wurden gehalten, die zum gröfsten Teil noch anderweitig veröffentlicht werden und dort referiert: Diskussion über das Thema: Nomenclatura dermatologica (Mibelli und Philippson).

Vignolo-Lutati: Über einen Fall von Sporotrichosis.

Ayala: Über einen Fall von Lichen corneus.

Verrotti: 1. Über einen Fall von chronischer pruriginöser Dermatitis pemphigoides, mit periodischem Auffiackern in Beziehung zur Menopause.
2. Ein Fall von Lupus vegetans in multiplen Herden am rechten Bein.

Ciuffo: Die Antigonokokkenserumtherapie.

Simonelli: Multipler Paramyoclonus durch Syphilis.

Ercoli: Fall von Lymphangiektasie der Vulva; zwei Fälle von Hydrocystom; Beobachtungen über Europhen.

Lombardo: Untersuchungen über Hypersensibilität und Immunität bei einigen Dermatomykosen.

Radaeli: Beitrag zur Kenntnis der Hydroa vacciniforme Bazin. — Ein Fall von tiefer Hautveränderung an einem Fufs, wahrscheinlich mykotischer Natur.

Stanziale: Verimpfung leprösen Materials in die vordere Augenkammer von Kaninchen.

Scaduto: Die Radiotherapie der Lymphome als Beitrag zur Prophylaxe des Lupus.

Terzaghi: Letzte Studien über Spirochaeta pallida bei Syphilitikern.

Calderone: Glossitis areata chronica, verbunden mit frischer konstitutioneller Syphilis. — Lepra anaesthetica mutilans; Morvansche Krankheit.

Ciarrochi, Bartella, Bonfiglio und eine Reihe andere Autoren berichten über ihre Erfahrungen mit Salvarsan. *Haas-Hamburg.*

Revista española de Dermatologia y Sifiliografia.

April 1911. Band 13, Nr. 148.

Ein Fall von Mykosis fungoides, der mit Tumoren begann (Mycosis fungoides d'emblée der französischen Autoren), von E. de Oyarzábal. Der Fall war besonders interessant durch die aufserordentlich grofse Anzahl von Tumoren,

welche auf dem ganzen Körper zerstreut waren, ohne dafs eine Dermatose voranging, durch die enorme Quantität der im Blute gezählten Leukocyten (auf 4300000 rote Blutkörperchen kamen 28500 weifse, wovon 50% polynucleäre, 26% grofse und 17% kleine Lymphocyten, 15% eosinophile und 1% Mastzellen), durch die starke Vergröfserung der Lymphdrüsen, der Leber und Milz vor dem Tode und der vollständigen Erfolglosigkeit der Arsentherapie. Es handelte sich um eine 62jährige Kranke, die vier Jahre nach Beginn der Erkrankung ihrem Leiden erlag.

Varicen der Unterschenkel, von Ricardo Lozano - Zaragoza. Der Verfasser empfiehlt als einziges rationelles Mittel die Exstirpation der Vena sapphena interna.

Ekzem der Brustkinder, von Antonio Tiffón. Der Artikel enthält keine neuen Tatsachen.

Ein Fall von Syphilis, behandelt mit Salvarsan, und darauf gefolgter Tod, von Emilio Luque Morata. Bei einem 21jährigen Kranken von 43 kg Körpergewicht und ohne Eiweifs im Urin wurde wegen Schleimhautplaques im zweiten Jahre der Infektion eine intravenöse Injektion von 0,4 Salvarsan vorgenommen. Die Injektion erfolgte lege artis in die Kubitalvene des rechten Armes nach Lösung der Substanz und Neutralisierung mit 15%iger Natronlauge und Verdünnung mit 200 g 0,9%iger Kochsalzlösung. Nach drei Stunden trat Vomitus, Diarrhoe und Schweifsausbruch auf, Temperatur 36°, Puls beinahe nicht zu fühlen. Die Injektion wurde am 31. Januar, mittags 3 Uhr, vorgenommen. Von 8 Uhr abends bis zum 2. Februar, wo der Patient starb, entleerte er keinen Tropfen Urin. Der Verfasser glaubt die Ursache des Todes in einer trüben Schwellung der Epithelien der Harnkanälchen zu suchen, die infolge der Wirkung des Salvarsans auftrat und zu einer vollständigen Sistierung der Funktion derselben führte.

Mai 1911. Band 13, Nr. 149.

Die Radiodermitis, von Luis Lopez Murray. Der Artikel enthält nichts Neues.

Eine seltene Komplikation der Blennorrhoe, von González Tanago y Garcia. Es handelte sich um ein Skrotalödem, bei dem sich die Invasion der Gonokokken in die Lymphgefäfse der Skrotalhaut von der Epididymis aus verfolgen liefs. Zwischen beiden befand sich ein harter, schmerzhafter lymphangitischer Strang, der an der Haut in eine kleine fluktuierende Geschwulst einmündete, welche gonokokkenhaltige Flüssigkeit, aber keinen Eiter enthielt. Der Fall erinnerte lebhaft an Tuberkulose.

Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Constancio Castells. Der Verfasser rät zu vollständiger geschlechtlicher Abstinenz. Die Folgen der Masturbation sind immerhin geringer als diejenigen der Syphilis. Zur Einschränkung des Geschlechtstriebes wird vollständig vegetarische Diät empfohlen.

Das Salvarsan, von Sixto Martin. Mitteilung von sechs Fällen, die mit gutem Erfolg mit Salvarsan behandelt wurden. *Gunsett-Strafsburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Parasitismus und Tumoren, von A. Borrel. (*Ann. d. l'inst. Pasteur.* 1910. Nr. 10.) Versuche mit Mäusetumoren und verschiedene experimentelle und klinische Tatsachen scheinen dem Verfasser im Einklange mit der Theorie der parasitären Natur bösartiger Geschwülste zu stehen, die zwar nicht direkt, aber auf disponiertem

Boden eingeimpft werden können. Nach den mikroskopischen Untersuchungen dürfte den Pigmentzellen eine wichtige Rolle zufallen. Es sind noch viele Punkte zu klären, bevor die parasitäre Natur endgültig abgelehnt wird. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Beiträge zur Frage der Epithelmetaplasie, von R. Kawamura-Tokio. (*Virchows Arch.* Bd. 302, Heft 3.) K. konnte sowohl beim Kaninchen wie beim Hunde mittels künstlicher Eingriffe eine regeneratorische Epithelmetaplasie der Trachealschleimhaut erzeugen; er sah einen Fall von Epithelmetaplasie im Ductus Wirsungianus, hervorgerufen durch Einnistung von Dictomen und einen Krebs der Lunge, der höchstwahrscheinlich sich aus dem Trachealepithel entwickelte und als Adenokankroid bezeichnet wurde. — Er schliefst daraus, dafs die endodermalen Zellen durch äufsere Umstände metaplastisch werden und in einen anderen Typus übergehen können. Unentschieden ist noch die Frage, ob die Metaplasie von ausdifferenzierten Zellen ihren Ausgang nimmt und die betreffenden Zellen wieder in den früheren Zustand der undifferenzierten zurückkehren, oder aber ob diese indifferenzierten Zellen von Anfang an bestehen blieben und später in Wucherung geraten, sich nach den zwei verschiedenen Richtungen hin differenzieren. *Schourp-Danzig.*

Untersuchungen über das elastische Gewebe bei Tumoren, von Santantonio. (*Giorn. internaz. delle scienz. med.* XXXII, Heft 22.) Bei Fibromen ist die Neubildung von elastischen Geweben ziemlich spärlich, ebenso bei den Enchondromen, dagegen konnte Verfasser sie beobachten bei Angiomen und einem Lipom, bei Adenomen, bei Epitheliomen, doch nicht bei Carcinomen. Sehr konstant fand er sie im Stroma von Sarkomen, sie fehlen im allgemeinen bei Lipomen. *Haas-Hamburg.*

Beitrag zu den Resorptionsdifferenzen zwischen Muskel- und Zellgewebe, von K. Ullmann und Martin Haudek-Wien. (*Klin. ther. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Neben chemischer und histologischer Methode haben die Verfasser zum Nachweis nicht resorbierter Medikamentreste die Röntgendurchleuchtung benutzt. Dabei fanden sie, dafs sowohl bei den Präparaten von grauem Öl als auch bei 20%iger Kalomel-, Lanolin-, Vaselinemulsion und Hg-Salicylicum-Vaselin-Lanolinemulsion schon die minimalen Mengen von 5 mg — in Quecksilberwert ausgedrückt — in einwandfreier Weise mittels Röntgenphotographie unmittelbar nach der Injektion nachweisbar sind. Die weiteren Untersuchungen ergaben die unverhältnismäfsig raschere Resorption bei exakter Dosierung und genauer Lokalisation in dem Muskel gegenüber der unter gleichen Umständen erfolgten Injektion in das subcutane Zellgewebe.

Schourp-Danzig.

Über die Beziehungen des Jodismus zu Allgemeinerkrankungen nebst Bemerkungen über das Arsojodin, von Richard Fischel-Bad Hall. (*Prag. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Autor versucht an der Hand von zwölf Fällen den Nachweis zu führen, dafs als Ursache für den Jodismus stets eine die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzende Schädlichkeit (Nephritis, Lues gravis usw.) nachzuweisen ist. In einem Falle von Hg-Nephritis war die Jodausscheidung noch vor Auftreten von Eiweifs und Zylindern verlangsamt. Auch Arsojodin ist nicht frei von der Eigenschaft, Jodismus erzeugen zu können. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die örtlichen Veränderungen nach intramuskulären Einspritzungen von grauem Öl, von Risel-Zwickau. (Verh. d. dtsch. pathol. Ges. 1910. S. 299.) Die Untersuchungen des Verfassers gründen sich auf drei Fälle von tödlichen Vergiftungen, welche nach Injektionskuren mit dem von Geyer empfohlenen Präparat von grauem Öl (einer Verreibung einer 33⅓%igen Quecksilbermitinsalbe (Krewel) mit Ol. olivarum) vorgekommen sind. In allen drei Fällen waren mehrere Monate nach der letzten Injektion an der Stelle der Injektion noch umfangreiche Depots von metallischem Quecksilber vorhanden, so dafs die Einwendungen gegen das graue Öl

als wohl berechtigt erscheinen, besonders da in allen drei Fällen alle Vorschriftsmaſsregeln eingehalten und nur relativ kleine Dosen angewendet worden waren.

Die mikroskopischen Befunde stimmten mit denjenigen der früheren Untersucher überein und zeigen in allen Fällen bakterienfreie Abscesse und Hohlräume innerhalb der Muskulatur, in deren Eiter rundliche Kügelchen metallischen Quecksilbers schwimmen. Nach auſsen hin bildet eine aus groſsen vielgestaltigen, phagocytären Elementen bestehende Abscefsmembran die Grenze. Bei zur Kontrolle angestellten Tierversuchen an Kaninchen bildete sich schon nach acht Stunden eine vollständige Nekrose der Muskulatur heraus; durch eine breite eiterige Demarkationszone wird das nekrotische Gewebe mit dem injizierten grauen Öl vollständig herausgelöst. Vom Rande aus vollzieht sich dann sehr allmählich unter lebhafter entzündlicher Reaktion der Umgebung die Organisation des bakterienfreien Abscesses von einer aus vielgestaltigen Phagocyten gebildeten Abscefsmembran aus. Die Phagocyten nehmen kleinste Quecksilberkörnchen, Fetttröpfchen und Kerntrümmer in sich auf, die Reste der nekrotischen Muskelfasern können sehr lange in dem sich bildenden Granulationsgewebe liegen bleiben, während von den erhaltenen Muskelfasern am Rande unter lebhafter Wucherung der Sarkolemmkerne sich zarte neue Muskelfasern bilden. Schlieſslich tritt an Stelle der Abscesse ein Gewebe aus groſsen Phagocyten, die Quecksilbertröpfchen, Fett usw. einschlieſsen. Die bindegewebige Umwandlung dieser Herde ist nach 169 Tagen erst in ihrem allerersten Beginn. Es kommt bei Kaninchen nicht zur Bildung der regelmäſsig beim Menschen gefundenen dauernd bleibenden Hohlräume. *Gunsett-Straſsburg.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Kosmetik. Klinischer Vortrag, von K. Paschkis-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) Der Artikel enthält im wesentlichen nichts Neues. *Götz-München.*

Die Behandlung der häufigeren Erkrankungen der Haut, von E. L. Cocks-New York. (*Med. Record.* 3. Dez. 1910.) Empfehlung der wirksamsten und durch ihre Einfachheit auch vom Praktiker durchzuführenden therapeutischen Methoden; dabei wird auf Licht, Röntgen und ähnliches nicht eingegangen. Nichts Neues. *W. Lehmann-Stettin.*

Beobachtungen über Nephritis nach Salvarsanbehandlung, von F. Weiler-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 15.) Die allerdings noch recht kleine Zahl von Nephritisfällen, welche auf eine schädliche Wirkung des Salvarsans inbezug auf die Nieren zurückgeführt werden können, vermehrt Verfasser durch den Bericht über zwei unter einem Material von etwa 500 Patienten gemachte Beobachtungen. Das eine Mal handelte es sich um ein seit fast zwei Jahren syphilitisches, ziemlich kachektisches 25jähriges Mädchen, das 0,45 auf zwei Partien verteilt intraglutäal injiziert bekommen hatte und acht Tage nachher entlassen war. Etwa 14 Tage später bemerkte Patientin ein Dickwerden der Beine, aber erst zwei Monate nach der Injektion suchte sie ärztlichen Rat auf, worauf eine hämorrhagische Nephritis festgestellt wurde, welche zur Zeit der Publikation schon ein halbes Jahr der Behandlung widerstanden hat. Bei dem zweiten Fall bestand die Infektion wohl mindestens 2¹/₂ Monate bei einer ziemlich kräftigen 26jährigen Köchin. Sie erhielt 0,4 Salvarsan intravenös. Nach viermal 24 Stunden war eine starke Schwellung am Augenlide rechts aufgetreten, und die Urinuntersuchung ergab Eiweiſs sowie rote und weiſse Blutkörperchen, Epithelien und Zylinder in ziemlich reichlicher Anzahl; die Patientin konnte indessen acht Tage später bei gutem Befinden entlassen werden. In beiden Fällen war der

Urin vor der Injektion auf Eiweifs mit negativem Resultate untersucht worden. Ein dritter, seitdem zur Beobachtung gelangter Fall wird von Frühwald publiziert werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über angebliche Peroneuslähmung durch Salvarsan, von Wechselmann. (*Berl. klin. Wochensch.* 1911. Nr. 13.) Die Beobachtung Walterhöfers, der eine Peroneuslähmung nach subcutaner Einverleibung von 0,5 Salvarsan auftreten sah, deutet Verfasser als syphilitische und nicht arsenotoxische Erscheinung.

Arthur Schucht-Danzig.

Einfacher Apparat zur intravenösen Injektion von Salvarsan und anderer Arzneimittel, von William F. Bernart-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56. Nr. 16.) Eine Flasche mit Gummiverschlufs, in dem zwei Löcher zur Aufnahme von zwei Glastuben sind. Mittels eines Gummiballgebläses wird die Flüssigkeit in die Injektionstube gedrückt, durch welche sie in die Platinkanüle fliefst.

Schourp-Danzig.

Einflufs der Technik der Injektionsmethoden auf Remanenz und Wirkungsweise der Hg- und As-Präparate, von Karl Ullmann-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 15 und 16.) Auf Grund seiner Untersuchungen der Ausscheidungsgröfsen in den ersten zwei bis drei Wochen post injectionem findet U. die intravenöse Injektionsmethode durchaus nicht als eine besonders wirksame und zur regulären Luestherapie geeignete, sondern sieht in ihr nur eine vorübergehende, sozusagen mondäne, wenn auch für gewisse luetische Lokalisationen vielleicht besonders geeignete Applikationsweise.

Schourp-Danzig.

Zur Technik der intravenösen Therapie, von Rosendorff-Berlin. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1911. Nr. 2.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Anwendung von Aderlafs und Kochsalzinfusion bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Carl Bruck-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) Von der Annahme ausgehend, dafs eine grofse Anzahl von Hautkrankheiten (Pruritus, Urticaria u. a.) durch ihrem Wesen nach meist unbekannte, subakute oder chronische Vergiftungen erzeugt werden, hat Autor ein Verfahren therapeutisch anzuwenden versucht, das schon lange bei der Behandlung akuter Intoxikationen im Gebrauch ist: Aderlafs und darauf folgende Infusion physiologischer Kochsalzlösung, die „Organismusauswaschung" (Sahli). An acht Krankengeschichten erweist er den Nutzen der Methode und es ist von grofsem Interesse, dafs Besserung statthatte in Fällen von Pruritus senilis, Erythema exsudativum multiforme und Dermatitis herpetiformis, während bei Psoriasis und universellem Ekzem kein Einflufs der Organismusauswaschung feststellbar war.

Bei Ausführung der Methode können Temperatursteigerungen bis 39,5° eintreten. Bezüglich ihrer Wirkungsart hält Verfasser die direkte Einwirkung auf das Blut, den Reiz, den der Blutverlust einerseits und das Salzwasser andererseits auf die hämopoetischen Organe ausüben, für wichtiger, als die zuweilen gesteigerte Diurese.

Arthur Schucht-Danzig.

Seewasserinjektionen bei Hautkrankheiten, von Charles J. White-Boston. (*Boston med. surg. Journ.* 29. Juli 1909.) Verfasser wandte nach dem Vorgange von Simon-Paris in 15 Fällen der verschiedensten Arten von Dermatosen, wie Sklero-, Skrophuloderma, Lupus vulgaris, Pemphigus foliaceus, chronischem Ekzem die Injektionen von isotonischem, in sterilen Glasampullen (von 200 ccm) eingeschlossenem Meerwasser an und hatte in einigen Fällen zwar gewisse Besserungen erzielt, keineswegs aber so glänzende Resultate, wie Simon. Bei tuberkulösen Prozessen, speziell bei tuberkulösen Geschwüren, ist die Besserung am augenfälligsten. Seewasser kann (in die Glutaeen) in überraschend grofsen Mengen, selbst bei Kindern (20 ccm, bei

Erwachsenen bis zu 150 ccm), injiziert werden, ohne viel Schmerz oder andere unangenehme Nebenerscheinungen zu verursachen; es ruft unmittelbaren Harndrang nach der Injektion, auf lange Zeit leichten und zuweilen (pro Tag) vermehrten Stuhlgang, Neigung zu Körpergewichtszunahme und nicht selten auffallende Besserung des Allgemeinbefindens hervor. In einem Falle von Erythema induratum und Psoriasis, der (bei einer 23jährigen Frau) besonders hartnäckig war und allen anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatte, brachten die (26) Injektionen von je 150 ccm Seewasser (alle drei Tage ausgeführt) besonders auffallende Besserung. *Stern-München.*

Einspritzungen von metallischem Quecksilber, von E. Richter-Plauen i. V. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Die vom Verfasser geäufserte Ansicht, dafs er das Hg in einer bisher unbekannten Form heranzog, nämlich als metallisches Hg, entspricht nicht den Tatsachen, da dieses bereits durch v. Düring 1888 geschah (s. *diese Ztschr.*, 1888. Bd. VII, S. 1059). Kaninchen vertragen intravenöse Hg-Injektion bis zu gewaltigen Mengen: 100. Teil des Körpergewichtes. Menschen wurde 0,5 ccm = ca. 6 g auf einmal in die Glutaeen injiziert. Durch Injektion von Hg unter den Primäraffekt eröffnen sich Aussichten auf die Prophylaxe der Allgemeininfektion. *Arthur Schucht-Danzig.*

Einspritzungen von metallischem Quecksilber, von P. Fürbringer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.) Verfasser macht gegenüber der Arbeit von Richter-Plauen i. V. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 34) das Recht der Priorität in der Behandlung mit metallischem Quecksilber geltend. Er gab seinerzeit diese Injektionen wegen ihrer völlig ungenügenden und langsamen Wirkung auf. Letzterer entsprach eine sehr späte und geringe Ausscheidung des Hg im Urin.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Wirkung von Injektionen metallischen Quecksilbers, von Richter-Plauen i. V. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Verfasser spritzt metallisches Hg in die Muskeln. Fürbringer hat das subcutan schon vor 30 Jahren getan und alsbald verlassen. Diese Injektionen verband Verfasser mit gleichzeitiger Injektion von Salzlösungen, um die Wirkung des Hg. aktiver zu machen. Die verwendbare Dosis liegt um 0,6. Die klinischen Erfolge sollen günstige sein, Infiltrate selten eintreten. Hg-Ausscheidungsversuche, aus denen auf Wirkung und Remanenz geschlossen werden könnte, liegen nicht vor. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit dem „Hauttrepan“, von Paul Richter-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 21.) Angeregt durch das Kromayersche Zylindermesser konstruierte Verfasser kleine „Hauttrepane“ von 3, 5 und 10 mm Durchmesser, welche von der Hand des Arztes geführt werden und in gleicher Weise wie die Zylindermesser beim Stanzverfahren wirken. Das von der Firma Reinhold Wurach in Berlin hergestellte Instrument wird in absolutem Alkohol aufbewahrt. Die Indikationen für dieses Instrument sind Furunkel und kleine Geschwülste, Probeexzisionen und Blutentnahme zur Vidalschen und Wassermannschen Reaktion; für letztere ist nachheriges Aufsetzen eines Saugers erforderlich.

Arthur Schucht-Danzig.

Die erfolgreiche Behandlung von Ekzem, Psoriasis, Urticaria, Akne und Pruritus durch Irrigation des Colons, von A. Mantle-Harrogate. (*Lancet.* 30. Juli 1910.) In dem durch seine alkalischen Schwefelquellen seit alters her bekannten Bade Harrogate hat Verfasser in den letzten Jahren eine Reihe von Patienten mit chronischem Darmleiden mittels Dickdarmspülungen im Verein mit Vollbädern und eventuell auch Bauchmassage, teils mit der Hand, teils mit Duschen ausgeführt, behandelt, wobei zugleich mit der Besserung der Verdauungstätigkeit ein mehr oder weniger vollständiges Vergehen der obigen Hautleiden konstatiert wurde. Er argu-

mentiert, dafs, ebenso wie dies von Urticaria allgemein angenommen wird, auch Ekzeme usw. durch gewisse, bei Störungen der Darmtätigkeit entstehende Toxine bedingt sein dürften. Die Einläufe wurden so ausgeführt, dafs dem Patienten ein sterilisiertes Gummirohr bis ans S. romanum eingeführt wurde, worauf unter gelindem Druck aus einer Höhe von etwa ½ Meter 5—1200 ccm der 40° C warmen Flüssigkeit eingelassen wurde, während der Patient anfangs auf der rechten Seite, dann auf dem Rücken und auf der linken Seite liegt; an den Einlauf schliefsen sich sofort das Bad und die sonstigen Manipulationen an. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung verschiedener Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee, von Frederic Prime. (*University Pennsylvania Med. Bull.* Bd. 23. Nr. 8.) Berichte von Fällen von Naevi, Hautepitheliomen, Teleangiektasien, die auf Behandlung mit Kohlensäureschnee heilten. *Schourp-Danzig.*

Kohlensäureschnee, von S. W. Allworthy-Belfast. (*Brit. med. Journ.* 19. Nov. 1910.) Verfasser bemerkt, dafs gelegentlich ein Mifserfolg bei der gewünschten Schneebildung in Folge von falscher Aufstellung der Kohlensäurebombe vorgekommen ist. Man mufs nämlich wissen, dafs es nötig ist, dieselbe so zu lagern, dafs die flüssige Kohlensäure direkt an das Ausflufsventil herankommt, weil sonst nur die gasförmige CO_2 entweicht, die nicht zur Schneebildung führt. Einige Behälter sind mit einem Steigrohr versehen, und diese können allerdings in aufrechter Stellung verwendet werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Kältebehandlung von Hautkrankheiten, von Axmann-Erfurt. (*Ztschr. f. ärztl. Fortb.* 1911. Nr. 5.) Verfasser beschreibt einen von ihm angegebenen Apparat der Firma Louis und H. Loewenstein, Berlin N, welcher die CO_2-Applikation in bequemer Weise ermöglicht. Zu den Indikationen rechnet er an erster Stelle die Naevi pigmentosi. Für die Naevi vasculosi hält er Kombination mit Röntgenstrahlen für zweckmäfsig. Aufserdem nennt er Kankroide und kleinere Tumoren, wie Papillome, Fibrome, Keloide u. a. Unebenheiten der Haut. Auch auf der Schleimhaut läfst sich vermöge geeigneter Ansätze die Behandlung ausführen. Bei Lupus sind die Erfahrungen nicht günstig, wohl aber bei solitären Psoriasisplaques.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die dermato-therapeutischen Anzeigen der Kohlensäureschnee-Behandlung, von G. Nobl und H. Sprinsels. (*Ztschr. f. phys. u. diät. Ther.* 1910. Bd. 14.) Nach Anführung der über Kältewirkung angestellten Versuche und deren Erklärung berichten die Verfasser über ihre Erfahrungen mit Kohlensäureschnee. Nach dessen Applikation auf die Haut erscheint diese zuerst weifs, gefroren. Dann taut sie auf und es folgt starke Hyperämie. Diese verschwindet bei geringer Intensität der Kältewirkung, bei stärkerer gesellt sich Schwellung und seröse Durchtränkung bis zu blasiger Abhebung hinzu. Bei stärkster Wirkung tritt ein tiefer Schorf auf. Histologisch finden sich die stärksten Veränderungen im Epithel. Je nach dem Grade der Erfrierung, Quellung und Nekrose einzelner Zellen bis zur Abhebung ganzer Zelllagen und Umwandlung in eine homogene Masse. Im Corium Erweiterung der Gefäfse und Zellinfiltration um diese. N. und S. schliefsen sich der Meinung derer an, die die Kältewirkung in primärer Schädigung der Zellen, nicht der Gefäfse sehen. Die Intensität des Effekts hängt von der Dauer der Einwirkung, dem dabei ausgeübten Drucke und der Resistenz des Gewebes ab. Die beiden ersten Faktoren müssen entsprechend dem dritten und dem beabsichtigten Effekte (Nekrose, Beschleunigung der Resorption) variiert werden. Die Verfasser haben Kohlensäureschnee therapeutisch bei verschiedenen Affektionen angewendet und empfehlen ihn besonders bei Naevis, dann bei Lupus erythematodes und bei Epitheliomen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Flüssige Luft und Kohlensäureschnee, von James Douglas Gold-Bridgeport. (*New York med. Journ.* 24. Dez. 1910.) G. stellt vergleichende Betrachtungen über die Wirkungsart und Erfolge, welche mit diesen beiden in neuester Zeit in die Dermotherapie eingeführten Mitteln erzielt worden sind, an. Flüssige Luft ist zu 77 Teilen Stick- und 23 Teilen Sauerstoff mit Spuren von CO_2, sie ist intensiv kalt, — 252° C; von bläulicher Farbe, geruchlos; Kohlensäureschnee wird aus gasförmiger Kohlensäure durch die Einwirkung von Salzsäure auf Calciumcarbonat dargestellt und mit Kalium-permanganat-Lösung gereinigt. Die Methode, den Kohlensäureschnee zu sammeln, ist bekannt, die Temperatur desselben beträgt — 78° C, durch Mischung des Schnees mit Äther oder Chloroform kann sie noch um 30° erniedrigt werden, so dafs die entstehende Kältemischung erst ein Drittel so kalt wie die flüssige Luft ist. Letztere wurde zuerst in Form eines Sprays angewandt, jetzt mittels Wattebäuschchen von beliebiger Gröfse auf die betreffende Stelle unter leichtem Druck appliziert. Beim Kohlensäureschnee mufs — entsprechend dem geringeren Kältegrade, der Druck ein viel stärkerer und die Anwendungsdauer eine zwei- bis dreimal so lange sein. Die pathologischen Veränderungen, die durch diese beiden Arten von Kälteeinwirkung entstehen, sind gleicherweise obliterierende Endarteritis, nachfolgende trockene Gangrän und Zerstörung der Gewebe. Mit flüssiger Luft mufs man Sorge tragen, die Applikation nicht zu lange fortzusetzen, da hierbei die Gefahr einer zu ausgedehnten Entzündung und stärkerer Gewebszerstörung, als erwünscht, besteht. Wo beide Mittel zur Verfügung stehen, würde G. der flüssigen Luft unbedingt den Vorzug geben, und nur die leichte Beschaffung des Kohlensäureschnees macht ihm dessen so ausgedehnten Gebrauch erklärlich. Das hauptsächlichste Indikationsgebiet für diese „Kältetherapie“ bilden Gefäfsmäler — weniger die sogenannten portweinfarbigen als die kavernösen, pigmentierten, mit oder ohne Haare, ferner Lupus erythematosus, frische Fälle von Hautepitheliom — Lippenepitheliom sah G. in wunderbarer Weise auf die Kälteapplikation zurückgehen, möchte aber über die Dauer der Heilung noch keine Angaben machen —, Tuberkulosis verrucosa, Warzen und ähnliche Oberflächenneubildungen. Um so lieber würde der Dermatologe sich dieser hoffnungsreichen Methode zuwenden, als die alten Methoden mit kaustischen Mitteln (Salpeter-, Karbol-, Trichloressigsäure), Elektrolyse, Kürettage, Exzision usw. ihm viele Enttäuschungen gebracht haben. *Stern-München.*

Zur Technik der Kohlensäureschneebehandlung, von H. Fründ-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Zur bequemen und sparsamen Entnahme der Kohlensäure aus den Bomben hat F. einen handlichen kleinen Apparat bei Firma Eschbaum in Bonn herstellen lassen. Derselbe besteht im wesentlichen aus einem kleinen Hohlkegel oder Konus von Metall, den man auch als einen Trichter mit ganz kurzem Rohr bezeichnen kann. Die breite Öffnung ist mit einem abnehmbaren Deckel versehen, der einen hölzernen Handgriff trägt. Zum Gebrauch wird das dünne Ende des Konus in eine passende Öffnung des mit der Mündung der Bombe verbundenen Leitungsrohrs eingeklemmt, und die ausströmende Kohlensäure schlägt sich dann im Konus zu einem festen, bequem zu handhabenden Kegel nieder.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Technik der Kohlensäureschneebehandlung bei Hautleiden, von A. Strauss - Barmen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Zum Auffangen des Schnees hat sich Verfasser eine Reihe von kleinen Trichtern teils mit rundem, teils mit ovalem, teils quadratischem Querschnitt herstellen lassen. Das schmale Ende ist mittels einer Kappe während des Ausströmens der CO_2 verschlossen. Mit einem passenden Stempel wird der Schnee in dem Tichter zusammengeprefst, die Kappe wird entfernt, und nun kann man ohne weiteres den Schnee auf die zu behandelnde

Stelle applizieren. Druck, Dauer der Applikation und Empfindlichkeit des Gewebes sind genau zu berücksichtigen. Den Druck richtig zu treffen ist allerdings Sache der persönlichen Übung; je stärker der Druck, desto tiefer die Wirkung. Die Dauer der Applikation soll 10—30 Sekunden nicht übersteigen, es sei denn, dafs man direkt eine Nekrotisierung des Gewebes anstrebt. Die von S. erzielten Erfolge sind im allgemeinen die gleichen günstigen, wie sie von anderer Seite auch schon verschiedentlich berichtet sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Tubus zur Behandlung mit Kohlensäureschnee, von M. Kuznitzky-Köln a. Rh. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Zum Auffangen der Kohlensäure und zur Herstellung von passend geformten Stiften hat K. einen kleinen, offenbar sehr handlichen Apparat aus Stabilit, einer Pflanzenfasermasse, welche hart, glatt und von Chemikalien sehr wenig angreifbar und dabei ein schlechter Wärmeleiter ist, herstellen lassen. Die ganze Einrichtung besteht aus einigen Tuben von verschiedenem Lumen, dem dazu passenden Stempel und einer Kappe bzw. (je nach der Position des Tubus) Bodengefäfs. Man setzt den Tubus auf die Mündung des Ausflufsrohrs der Bombe, drückt die Kappe gegen das freie Ende des Tubus und läfst CO_2 bis zur Füllung desselben ausströmen, worauf man mit dem Stempel den Schnee festprefst. Die Vorrichtung ist von Strauss (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1) in ähnlicher Form mit Metallgefäfsen geschildert worden. K. nimmt aber für sich die Priorität des Gedankens in Anspruch. Zu beziehen sind die Stabilitröhrchen von Neumann & Cie., Köln, Minoritenstrafse 21. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Tubus zur Behandlung mit Kohlensäureschnee, von A. Strauss-Barmen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 14.) In Nr. 10 der *Münch. med. Wochenschr.* erhebt Kuznitzky-Köln Anspruch auf die Priorität inbezug auf die von S. in Nr. 1 *derselben Zeitschrift* beschriebenen Tuben für die Kohlensäureschneebehandlung. Diesen Anspruch weist S. mit sachlicher überzeugender Begründung zurück.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein einfaches Ersatzmittel für den Kohlensäureschnee in der Behandlung von Hautkrankheiten, von G. Knauer-Wiesbaden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Statt des Kohlensäureschnees empfiehlt K. als ein altbekanntes, aber wohl vielfach vergessenes Äquivalent für Warzen, kleine Pigmentierungen und Tätowierungen die Trichloressigsäure. Es ist billig, leicht zu handhaben, wirksam und verursacht höchstens ein geringes Brennen wie von Nesseln. Die Lösung ist Jahre lang haltbar, Verfasser zieht es aber vor, die Krystalle in Substanz vorrätig zu halten. Man entnimmt mit der Pinzette je nach Bedarf einige Krystalle, legt sie auf ein Uhrglas und setzt wenige Tropfen Wasser zu. Die Umgebung der zu ätzenden Stelle wird zweckmäfsig mit einer gut abschliefsenden Kollodiumdecke geschützt. Zum Auftragen bedient man sich eines Glasstabes; man hält sich praktischerweise deren mehrere mit glatt abgebrochener, in gröfserer oder geringerer Dicke endigender Spitze vorrätig. Für gröfsere Läsionen zieht K. allerdings auch die CO_2 vor, aber für den Arzt mit allgemeiner Praxis bietet das Acidum trichloraceticum entschieden viele Vorteile. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Nutzen der antilytischen Wirkung des Pferdeserums, von F. C. Eve-Hull. (*Lancet.* 25. Juni 1910.) Verfasser berichtet über folgende Beobachtungen: Ein schwächlicher Knabe von sechs Jahren war wegen kongenitaler Hüftgelenkluxation erfolgreich nach der Lorenzschen Methode operiert worden. Im weiteren Verlauf traten Hämaturien, Albuminurie und am Arme nach der Inzision einer kleinen Pustel ein Geschwür auf, das trotz zweckmäfsiger Behandlung im Laufe von sieben Wochen sich auf fast 3/4 der Länge des Vorderarmes ausdehnte. Unter viertägiger Behandlung mit serumgetränkten Kompressen trat sofort eine Wendung

ein, die schließlich zur Heilung führte. Eine Repetition der Hämaturie scheint durch die Darreichung von 10 ccm Serum per os kupiert worden zu sein. Auch bei einem dreijährigen Knaben mit tiefem, ausgedehnten Geschwür am Halse nach Exstirpation von Lymphdrüsen war die gleiche Behandlung ebenso erfolgreich. Ferner wurde eine sonst robuste 72jährige Dame, die mit Purpura haemorrhagica in einen absolut desolaten Zustand geraten war, mit einer subcutanen Injektion von 10 ccm und anschließend daran mit 240 ccm in refracta dosi, per os (vierstündlich 10 ccm) nebst weiteren sonstigen Mitteln zur Genesung gebracht. Die Darreichung des Pferdeserums ist aber nicht ohne gewisse Gefahren, da eine unzweckmäßige Wiederholung zur Zeit, wenn eine Anaphylaxie anzunehmen ist, etwa nach Ablauf einiger Wochen oder Monate nach der ersten Behandlung, deletär wirken kann. Auch soll die erste Darreichung nicht länger als etwa vier Tage dauern. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Opsoninbehandlung bei Hautkrankheiten, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 9.) Verfasser berichtet über Erfolge, die er bei Akne durch Behandlung mit Opsonogen (Chem. Fabrik Güstrow) erzielte. Er ist mit den Erfolgen dieser von Strubell angegebenen Methode, welche auf die Bestimmung des opsonischen Index verzichtet, zufrieden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Allgemeine Betrachtungen über die Wirkung von Vaccinen, von S. Mc C. Hamill-Philadelphia. (*Arch. of Pediatr.* Frbr. 1911.) Die Opsonintheorie von Wright und ihre Begründung; die Herstellung und Anwendung von Vaccinen. Überblick über die seit Wright veröffentlichte Literatur. *W. Lehmann-Stettin.*

Eine Serie von 1000 vorwiegend in der Privatpraxis ausgeführten Vaccineinjektionen, von H. W. Crowe-Jelverton. (*Brit. med. Journ.* 21. Jan. 1911.) Der Artikel hat mehr Interesse für den Internisten als für den Dermatologen, indem es sich bei der Mehrzahl der Fälle um Tuberkulindarreichung bei Lungenleiden handelte. Es kamen aber auch einige Fälle von Staphylokokkeninfektion der Haut, Akne, Furunkel, Karbunkel usw., und ein Fall von Bazinscher Krankheit vor, bei denen den Injektionen mehr oder minder eine günstige Beeinflussung des pathologischen Prozesses zugeschrieben werden konnte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Resumé der Vaccinebehandlung, von H. W. Stoner-Baltimore. (*Americ. Journ. med. Scienc.* Febr. 1911.) Diese Arbeit bietet im wesentlichen nur eine Liste der auf dem Gebiete der Vaccinetherapie erschienenen Publikationen und eine Zusammenstellung der erzielten Resultate, wie dieselben von den betreffenden Verfassern angegeben sind. Dabei hat sich S. absichtlich jeder Kritisierung, sei es für oder wider, enthalten. Unter den behandelten Affektionen sind von allgemeinen Infektionskrankheiten anzuführen: Scharlach, Rotz und Aktinomykose; von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktus kommen in Betracht: Cancrom oris, Pyorrhoea alveolaris und ein Fall von blennorrhoischer Proctitis. Lymphdrüsenerkrankungen sind von verschiedenen Autoren mit Vaccinen behandelt, und es sind viele günstige Resultate verzeichnet. Ebenso ist das Urogenitalsystem vielfach Gegenstand der Vaccinetherapie gewesen. Akute Nephritis, Nierentuberkulose, Pyelonephritis, Pyelitis, Cystitis, Urethrocystitis, Epididymitis, Orchitis, Prostatitis, Urethritis blennorrhoica, Striktur, Salpingitis, septische Endometritis und Vaginitis der Kinder haben sich alle als mehr oder weniger dem Verfahren zugängig erwiesen. Ferner kommen in Betracht die blennorrhoische Conjunctivitis, Iritis und Arthritis, sowie von Dermatosen Akne, Karbunkel, Ekzem, Erysipel, Furunkulose, Impetigo, Lupus, Psoriasis, Seborrhoe und Sykosis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kenntnis der Streptokokken und des Antistreptokokkenserums, von A. Marxer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Ausführlich mitgeteilte

Versuche in der bakteriologischen Abteilung der Chemischen Fabrik E. Schering ergaben, dafs ein durch einen Passagestamm gewonnenes hochwertiges Serum gegen direkt vom Menschen gezüchtete virulente Streptokokkenstämme mindestens ebenso gut schützt wie ein Serum, das nach Meyer und Ruppel mit diesen Stämmen selbst hergestellt ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung von Hautkrankheiten mittels Hyperämie (nach Bierschem System), von W. K. Sibley-London. (*Lancet.* 4. Febr. 1911.) Die Liste der Affektionen, welche nach den Erfahrungen von S. Behandlungsobjekte für die Anwendung der künstlichen Hyperämisierung abgeben, umfafst Akne, Alopecia areata, Ekzem im chronischen Stadium, Keloid, Lupus vulgaris, Milium, Narben, Perniones, Psoriasis, Rosacea, Seborrhoe, Sykosis, Spätsyphilis, Ulcera chronica und Urticaria chronica et pigmentosa. Verfasser hat namentlich sich der Bierschen Saugglocken bedient; er gab tägliche oder seltenere Sitzungen bis zu allerhöchstens einstündiger Dauer, wobei abwechselnd während fünf Minuten etwa angesogen wurde, und eine Pause von etwa drei Minuten gemacht wurde: die meisten Fälle erhielten zwei bis fünf solche Applikationen. Die sonst indizierte Behandlung mit Salben, Pinselungen usw. wurde dabei fortgeführt; dieselbe erschien in ihrer Wirksamkeit durch die Stauung wesentlich gefördert zu sein. Bei manchen Läsionen, namentlich bei Lupus vulgaris, ist immerhin Vorsicht entschieden geboten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Heifsluftbehandlung bei Dermatosen, von Esau-Oschersleben. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 16.) Gute Erfolge mit der Verwendung des Heifsluftkastens bzw. der heifsen Luftdusche hat Verfasser namentlich bei chronischen, nässenden und schuppenden Ekzemen erzielt, wie er an einigen sehr markanten Fällen demonstriert. Vor allen Dingen rühmt er die eminent günstige Wirkung auf den Juckreiz (welche Referent aus eigener Erfahrung bestätigen kann). Ferner erwies sich ihm das Verfahren als sehr nützlich bei allgemeiner Furunkulose, bei Psoriasis, Erysipel, Ulcus crusis und einigen anderen Affektionen. Für die meisten Fälle sind die einfachen Apparate mit Spiritus- oder Gasheizung am zweckmäfsigsten; nur zur Behandlung von Läsionen am Kopfe und Gesicht wird man zur Vermeidung des Einatmens von Verbrennungsgasen die elektrischen Heifsluftduschen jedenfalls vorziehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zu der Geschichte der Injektion von Radiumlösung, von L. Wickham und Degrais-Paris. (*Lancet.* 21. Mai 1910.) Zur weiteren Verwendung des Radiums haben Verfasser schon vor einigen Jahren sich folgende zwei zur subcutanen Injektion geeignete Präparate herstellen lassen: 1. Radio-aktives Wasser im Verhältnis von 1 Milligramm reines Radiumsulphat auf 1 Liter und 2. radiferes Wasser im gleichen Verhältnis für Radiumbromid. Es wurden Injektionen von 1—2 ccm dieser beiden Lösungen gegeben, und im Verlauf von zwei Monaten erhielt ein an Lupus vulgaris des Halses leidender Patient 40 Einspritzungen mit bestem Erfolg. Ein an Lupus erythematosus auf beiden Gesichtshälften leidender Patient wurde rechts mit dem Radiumapparat, links mit Injektionen behandelt. Die letztere Behandlungsart lieferte das beste Resultat. Ferner wurden 30 Syphilitiker behandelt mit Einspritzungen von Ol. cinereum, dem ein halbes Mikrogramme (0,0005 eines Milligramms) eines Radiumsalzes beigefügt war. Es wurden in Intervallen von fünf Tagen sechs Dosen zu je sieben Tropfen verabreicht. Man fand dabei den Urin in den ersten drei Tagen nach der Einspritzung radioaktiv; später, wenn Quecksilber im Urin nachweisbar zu sein anfängt, hört die Radioaktivität auf. Ferner wurde ein Fall von Brustkrebs erfolgreich behandelt durch Injektionen einer Emulsion von Radium mit Vaselin und Paraffin ins Gewebe unterhalb des Tumors bei gleichzeitiger Applikation von Radiumsubstanz äufserlich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine ökonomische Modifikation des elektrolytischen Epilationsverfahrens, von St. Weidenfeld. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) In etwa 100 bis 150 Haarfollikel werden Nadeln eingeführt, was sich in etwa einer Viertelstunde bewerkstelligen läfst und durch diese der elektrische Strom gleichzeitig geschickt. Dies geschieht in der Weise, dafs ein Becher, dessen Boden mit dem elektrischen Strom leitend verbunden ist, mit Kochsalzlösung gefüllt wird und sämtliche Nadeln durch entsprechende Neigung des Kopfes in die Flüssigkeit getaucht werden.

W. Lehmann-Stettin.

Die Strahlenbehandlung grofser Epitheldefekte, von C. Widmer - Zofingen-Adelboden (Bern). (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) Verfasser hat die Erfahrung gemacht, dafs die direkten Sonnenstrahlen eine erstaunliche Wirkung auszuüben imstande sind in bezug auf die Erzeugung von neuen Epithelzellen bei Hautdefekten. Als Proben teilt er fünf Krankengeschichten mit, bei denen enorme Hautverluste in überraschend kurzer Zeit ersetzt wurden, indem die Wunden an einigen Tagen je zwei oder nur eine Stunde unter Entwicklung einer von der normalen kaum zu unterscheidenden Cutis wieder den Sonnenstrahlen ausgesetzt wurden. Dabei erfolgte die neue Zellbildung nicht von den Wundrändern allein (oder auch nur vorwiegend) her, sondern es schofs auf der ganzen Wundfläche unter dem bei der ersten Bestrahlung austretenden und alsbald eintrocknenden Sekret neues Epithel hervor. Auch mit Scharlachrotsalbe hat W. gute Wirkungen gesehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Indikationen der Lichtbehandlung bei Hautkrankheiten, von C. Bohač. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 48.) Zusammenfassende Darstellung der wichtigsten, gegenwärtig genauer präzisierten Indikationen für die Anwendung der Strahlentherapie bei Hautkrankheiten. *Haas-Hamburg.*

Die Röntgentherapie — eine ungefährliche und genaue therapeutische Methode, von S. Bormann. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 13.) Verfasser behauptet, dafs ein Röntgenologe bei richtig und wissenschaftlich eingerichteter Arbeit heutzutage gar keiner Gefahr ausgesetzt ist. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Verwendung der Röntgenstrahlen bei Hautkrankheiten und anderen Affektionen, von A. H. Pirie-London. (*Lancet.* 19. März 1910.) Verfasser schildert die Resultate, welche er bei Trichophyton tonsurans capitis, bei chronischem Ekzem, Akne vulgaris, oberflächlich lokalisiertem Carcinom (namentlich als Nachbehandlung nach operativen Eingriffen), Ulcus rodens, Lupus vulgaris, Keloid, Drüsentuberkulose usw. mit der Röntgenbehandlung erzielt hat. Wenn auch die Mitteilung im wesentlichen nur eine Bestätigung von anderen bereits publizierten Beobachtungen liefert, so sind die hier geschilderten Erfahrungen, namentlich in bezug auf einige technische Einzelheiten, nicht ohne Bedeutung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Röntgentherapie in der Dermatologie, von A. Barré. (*Presse méd.* 1910. Nr. 68.) Ein Referat über das Buch: „Die Röntgentherapie in der Dermatologie", von F. Schultz-Berlin. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Indikation und die Methodik der Röntgenbestrahlung der Hautkrankheiten, von Arthur Alexander-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Die Arbeit behandelt eingehend die Methodik der Bestrahlung, insbesondere die Dosierungsfrage. Einen erheblichen Fortschritt stellt die zuerst von H. E. Schmidt angegebene direkte und indirekte Mefsmethode dar. Aus dem Kapitel Schädigungen ist von Interesse, dafs eine Dermatitis ersten und zweiten Grades ersetzt werden kann durch eine einfache Hyperkeratose auf leicht gerötetem Grunde.

Die Frage nach der Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen ist zu bejahen. Es ist sogar eine Reizung der Meningen nach Bestrahlung der Kopfhaut mit 1 E. D. bei Mikrosporie beobachtet. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Therapie der Hautkrankheiten, von M. Löwenberg-Düsseldorf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Verfasser betont zunächst (und wohl mit gutem Recht), dafs es nicht angeht, planlos alle möglichen Arten von Dermatosen mit Röntgenstrahlen behandeln zu wollen, und ferner, dafs niemand auf diesem Gebiete therapeutische Versuche unternehmen sollte, ohne erst an einem wissenschaftlich geleiteten Institute in bezug auf Dosierung und alle anderen technischen Einzelheiten sich gründlich vorgebildet zu haben. Zur Dosierung hat Verfasser das Sabouraudsche Radiometer, das er in mehr als 3000 Fällen erprobt hat, sehr bewährt gefunden. Als Beispiel von guter und von schlechter Röntgenbehandlung berichtet er über einen Fall von walnufsgrofsem Basalzellencarcinom der Nase, das anderswo fünfzigmal vergeblich bestrahlt worden war, vom Verfasser aber durch vier Sitzungen beseitigt wurde und seit einem Jahr rezidivfrei geblieben ist. Für die Röntgenbehandlung nennt er als geeignet namentlich chronische Ekzeme mit starker Infiltration, Pruritus, Favus, Sykosis, Trichophyton tonsurans, Skrophuloderma, Tuberculosis verrucosa cutis, tuberkulöse Lymphadenitis und kleine, durch ihren Sitz zum Operieren ungeeignete Epitheliome. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Methode zur Messung der Röntgenstrahlung in der Therapie, von H. Meyer - Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) Verfasser schildert eine Reihe von Verbesserungen, welche er für das Röntgenarmamentarium ausgearbeitet und praktisch erprobt hat. Zunächst hat er eine Modifikation der Röhren angegeben, insofern als er die Antikathode möglichst nahe an die Glaswand, welche besonders dünn hergestellt ist, angebracht hat, wodurch die nötige Bestrahlungsdauer erheblich verkürzt wird. Ferner hat er zum Konzentrieren der Strahlen auf das Behandlungsobjekt einen Schutzkasten konstruiert. Derselbe trägt einen Dosimeter zur Aufnahme Sabouraudscher Tabletten, der für verschiedene Entfernungen einstellbar ist. Die genaueren Einzelheiten, die für jeden Röntgenologen zweifellos sehr interessant sind, müssen im Original nachgelesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Millampèremeter und Röntgenlicht, von J. K. A. Wertheim - Salomonson-Amsterdam. (*Fortschr. f. Röntgen.* XVI, 4.) Die für die Behandlung mit Röntgenstrahlen wichtige Frage der Dosierung glauben manche mit dem Millampèremeter gelöst zu haben. Verfasser hat eine Reihe exakter Versuche angestellt, aus denen er den Schlufs zieht, dafs die Anzahl der Unterbrechungen per Sekunde und vielleicht auch die Stromkurve von nicht zu vernachlässigender Bedeutung für die Angaben des Millampèremeter sind. „In jedem Falle folgt mit hinlänglicher Sicherheit aus diesen Versuchen, dafs die Millampèremeterangabe ein Dosierungsmittel ist, welches nur mit Vorsicht und Kritik zu verwenden ist."

Nur in bestimmten Fällen, wo ein und derselbe Apparat mit nur wenig ändernder Unterbrechungszahl gebraucht wird, liefert das Millampèremeter gute Angaben, die bei der Dosierung gebraucht werden dürfen, wenn die Stromstärken innerhalb der Grenzen von 1—3 oder von 2—5 Millampère bleiben. *W. Lehmann-Stettin.*

Einige Anwendungen der Absorptionsgesetze auf die Röntgentherapie, von Th. Christen-Bern. (*Fortschr. f. Röntgen.* XVI, 4.) Ch. wendet sich u. a. gegen die Anschauungen von Frank Schultz, dafs die Empfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen parallel gehe mit der Höhe des spezifischen Gewichts; die spezifischen Gewichte der „leichtesten" und „schwersten" Gewebe schwanken nur um wenige Prozent, maximal etwa 6%, während die Röntgenempfindlichkeit sich oft wie 1 : 10 verhält. Von einem Parallelismus kann also hier nicht die Rede sein. „Hier besteht entschieden ein auffälliges Mifsverhältnis zwischen der Ursache und der angeblichen Wirkung, welches die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges überhaupt in Frage stellt."

Ch. zeigt weiterhin, wie unpraktisch alle sog. Filter, die von der wirksamen Strahlung erheblich mehr absorbieren, als im allgemeinen angenommen. Viel wichtiger erscheint ihm die Beeinflussung der Röntgensensibilität der Gewebe, doch kann er als einzig praktisch verwertbare Methode zu diesem Zweck nur die Schmidtsche Anämisierung der Haut durch Kompression anerkennen. Er macht praktische Vorschläge zu einem Kompressionsinstrument, das einen Druck gewährleistet, der auf der ganzen bestrahlten Fläche gleich grofs, während der ganzen Bestrahlung konstant und genau mefsbar ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Chemotherapie Ehrlichs mit besonderer Beziehung zu Trypanosomenerkrankungen, von B. T. Terry-New York. (*Med. Record.* 8. April 1911.) Referierender Bericht über Ehrlichs Arbeiten. *W. Lehmann-Stettin.*

Airolvaseline auf frischen Wunden, von Karl Gerson-Schlachtensee. (*Therap. Monatsh.* Dez. 1910.) Empfehlung 5%iger Airolvaseline auf frischen Wunden. Sie lindert den Wundschmerz, hindert Verklebungen und soll schnelle Heilung bewirken. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Wirksamkeit der neuen organischen Arsenverbindungen, von A. Gautier-Paris. (*Acad. de méd.* 3. Nov. 1910.) G. weist darauf hin, dafs er als der erste im Jahre 1899 nachgewiesen hat, dafs man durch gewisse organische Verbindungen dem Arsenik seine ganze Giftigkeit nehmen, ihm aber die therapeutische Wirksamkeit ungeschmälert erhalten kann. Er hat namentlich in den Jahren 1900—1902 die gute Wirkung, die man in der Behandlung der Lues mit den Kakodylaten und dem Arrhenal (meist in Verbindung mit Quecksilber) erzielen kann, festgestellt. Es ist wahr, dafs man seither viele andere organische Arsenverbindungen hergestellt hat, doch haben alle dieselben die oben erwähnte Eigenschaft gemeinsam, nämlich ein spezifisch wirksames Arsenik zu enthalten und trotzdem dabei fast die ganze Giftigkeit verloren zu haben. *E. Toff-Braila.*

Zur Behandlung mit Arsacetin, von Pflughöft-Göttingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 26.) Bei einem Patienten, der längere Zeit hindurch zweimal wöchentlich eine Injektion von 0,07 Arsacetin mit sonst vorzüglichem Erfolge erhalten hatte, stellten sich Sehstörungen ein. Die spezialistische Untersuchung ergab neben einem geringen Astigmatismus und S = 9/10 ein relatives zentrales Skotom von 10% für rot und grün. Bei der Prüfung mit den Nagelschen Farbentabellen machte Patient verschiedentlich verkehrte Angaben. Nach Aussetzen der Arsacetindarreichung stellten sich normale Verhältnisse an den Augen wieder her, doch traten dieselben Störungen nochmals ein, als der Patient auf seinen Wunsch wegen Verschlechterung seines sonstigen Befindens wieder Injektionen erhielt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige bemerkenswerte Fälle von Arsacetinbehandlung mit historischen und kritischen Bemerkungen, von Heinrich Altdamm. (*Ther. Monatsh.* Nov. 1910.) In einem desolaten Fall von Lues hereditaria tarda bei einem jungen Mädchen trat nach zweimaliger Arsacetinkur (einmal 4,5, später 5,1 g) schnelle Beseitigung der grofsen Drüsentumoren und günstige Beeinflussung des Blutbildes ein. Allerdings mifslang der Versuch, das schlechte Allgemeinbefinden zu heben. Innerlich wandte Verfasser das Arsacetin nach dem Vorgange Naegelis an und glaubt guten Erfolg bei einem an Tuberkulose und Diabetes leidenden Kinde gesehen zu haben. In einem weiteren Falle, dessen luetische Natur nicht erwiesen ist, ging eine erhebliche Leberschwellung nach innerlichem Arsacetingebrauch zurück (dreimal täglich fünf bis acht Tropfen). *Arthur Schucht-Danzig.*

Über das Schicksal des Salvarsans im Körper, von Arthur Bornstein-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) Die Untersuchungen B.s haben ergeben, dafs sich nach subcutanen und intramuskulären Salvarsaninjektionen im Urin

in der Tagesmenge nur etwa drei Wochen lang, in den inneren Organen noch nach Monaten Arsen nachweisen läfst. Nach der intravenösen Injektion kreist die überwiegende Menge des Präparates nicht frei im Blute, sondern wird in den natürlichen Depots des Körpers, besonders in Leber, Nieren und Milz abgelagert. Ebenso bleibt auch das von den subcutanen und intramuskulären Injektionsstellen aus resorbierte Salvarsan nicht in der Blutbahn, sondern wird in den genannten Organen aufgespeichert. Der Organismus wandelt das „künstliche" Depot in ein „natürliches" um. Bei schwangeren Frauen geht Salvarsan in die Placenta, bei stillenden in geringen Mengen in die Milch über. *Götz-München.*

Ausscheidungsmodus des Arsens nach Injektion von Salvarsan, von Jeanselme und Bongrand. (*Bull. et mem. d. l. soc. méd. des hôpit. de Paris.* 2. Dez. 1910.) Aufser der gewöhnlichen Ausscheidungsweise konnten die Verfasser auch viermal im Erbrochenen nach intravenöser Salvarsaninjektion Arsen nachweisen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Modus der Arsenausscheidung nach Injektion löslicher Arsenpräparate, von Jeanselme, Charles Bongrand und Chevalier. (*Bull. et mem. d. l. soc. méd. des hôpit. de Paris.* 16. Dez. 1910.) Fortlaufende Untersuchungen auf Arsen im Urin nach intramuskulären und subcutanen Hektineinjektionen haben folgende Resultate ergeben: Nach der ersten Spritze wird das Arsen rasch, fast völlig in den ersten 24 Stunden, ausgeschieden. Nach mehreren Spritzen, oder wenn eine Hg-Kur vorausgegangen, ist der Ausscheidungsmodus gestört, indem das Arsen meistens zurückgehalten wird. Die Verfasser haben ferner Vergleiche zwischen der Arsenausscheidung und dem Rückgange syphilitischer Erscheinungen angestellt. Wenn die Resultate auch nicht eindeutig sind, scheinen sie doch darauf hinzudeuten, dafs die Krankheitserscheinungen um so rascher gebessert werden, je langsamer das Arsen ausgeschieden wird. Darauf dürfte auch der gute Effekt der Kombination von As und Hg beruhen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Materialien zur experimentellen Erforschung der Wirkung des Salvarsans, von Werssilowa. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 12.) Die experimentellen Versuche der Ärztin W. mit Salvarsan ergaben:

1. Bei Mäusen hält sich das Präparat ziemlich lange, sieben bis zehn Tage, am Ort der Einspritzung und wird nur allmählich resorbiert. Eingekapselt kann es auch nach einem Monat noch gefunden werden.

2. Am Ort der Einspritzung traten bei Mäusen nicht selten, zuweilen sogar recht spät, zwei bis drei Wochen und mehr nach der Einspritzung, Nekrosen auf.

3. Sowohl reine, als auch mit eiterregenden Mikroben infizierte Geschwüre heilen unter dem Einflufs von Salvarsan bedeutend rascher, als ohne dasselbe.

Arth. Jordan-Moskau.

Venenthrombose und Salvarsan, von Darier und Cottenot. (*Bull. méd.* 1911. S. 278.) Die beobachteten Venenthrombosen sollen auf Hyperalkaleszenz der Lösung beruhen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Unguentum Glycerini, von P. G. Unna und P. Unna jr. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 3.) In Deutschland nannte Simon das Produkt aus Glycerin 10, Stärke 2 und Wasser 1: Unguentum Glycerini. In der zweiten Pharmakopöe ersetzte man verfehlterweise die Stärke durch Traganth und begab sich dadurch des Vorteils der ursprünglichen Vorschrift, nämlich dafs sie wenigstens teilweise die Klebrigkeit des Glycerins durch die grofse Menge Stärke aufhob und eine Decke bildete. Ein brauchbares Vehikel ist das Unguentum Glycerini heutzutage nur noch wegen seines starken Glyceringehaltes.

Der von den Verfassern vor einiger Zeit hergestellte Salbenkörper Eucerin

vermischt sich nun in unbeschränktem Mafse mit Glycerin. Diese Substanzen harmonieren in ihrer Unzersetzlichkeit, Haltbarkeit, Farb- und Geruchlosigkeit und in ihrer hervorragenden Hydrophilie. Die Verfasser schlagen daher als tadelloses Unguentum Glycirini die Mischung:

Eucerini anhydrici 20
Glycerini 80
M.

zur Aufnahme in die nächste Pharmakopöe vor.

Diese Salbe vereinigt die disparaten Eigenschaften des Glycerins und einer Fettsalbe miteinander. Sie wird auch besonders zum Gebrauch für die Hände des Chirurgen warm empfohlen auf Grund von Versuchen im Eppendorfer Krankenhause.

Arthur Schucht-Danzig.

Aufserordentliche Überempfindlichkeit der Haut gegen Quecksilber, von Tissier und Corpechot. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 26.) Bei einer Frau war dadurch, dafs der Arzt sie mit den in Sublimat getauchten Händen angefafst hatte, an der Berührungsstelle eine Dermatitis aufgetreten.

Boissard berichtet über einen gleichen Fall. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Veränderungen der Schweifsdrüsen bei der akuten Quecksilbervergiftung, von Colombo-Pavia. (*Morgagni.* 25. Febr. 1911.) Bei der akuten Quecksilbervergiftung beim Menschen nach suizidalem Snblimatgenufs wurden schwere Alterationen der Schweifsdrüsen gefunden. In den erweiterten Drüsenschläuchen waren die Epithelzellen von ihrer Basis gerissen, abgerundet, vergröfsert, blasenartig degeneriert und zum Teil zerstört. Dieselben verstopften im Verein mit Detritusmassen und Kernen das Lumen vollständig. Daneben fand man zahlreiche Granula zerstreut, welche die Fettreaktion gaben. Sie waren von verschiedener Gröfse und bildeten teils eine schwarze unförmliche Masse, teils waren sie von alterierter protoplasmatischer Substanz umgeben. Es war interessant zu erfahren, ob diese Veränderungen auf eine direkte Einwirkung des Quecksibers zurückzuführen sind, und zu diesem Zwecke versuchte der Verfasser in diesen Veränderungen selber auf histochemischem Wege Hg nachzuweisen. Er ging dabei folgendermafsen vor: Kleine Hautstückchen wurden einige Stunden in destilliertes Wasser gelegt, bis sie von selber auf den Boden des Gefäfses fielen. Dann wurden sie in eine Lösung von 12 g Zinnchlorid in 25 ccm Acidum hydrochloricum und 75 ccm Aqua destillata gelegt und 24 Stunden gelassen. Nach einer kurzen Waschung in destilliertem Wasser wurden sie zur Paraffineinbettung weiter behandelt. Bei der mikroskopischen Untersuchung der so behandelten Stücke fand sich ein schwarzes Präzipitat von sphärischen Körnern in den Schweifsdrüsen. Der ganze sezernierende Teil derjenigen Schweifsdrüsen, welche die oben beschriebenen degenerativen Veränderungen zeigten, war damit angefüllt, während die histologisch normalen Drüsen davon frei waren. Der Inhalt des Drüsenlumens und besonders die abgestofsenen Zellen sind ebenfalls mit diesen Körnern angefüllt. Aufserdem ist das Quecksilber in der Umgebung der Schweifsdrüsen nachzuweisen, und zwar im Bindegewebe und Epithel, was wahrscheinlich auf einer postmortalen Diffusion beruht. Es ist also nach diesen Befunden das Hg als die direkte, lokale Ursache der Zerstörung der Schweifsdrüsen anzusehen. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Beitrag zur chronischen Quecksilbervergiftung, von K. Spielvogel-Potsdam. (*Reichs-Mdzl.-Anzeig.* 1910. Nr. 23.) Krankheitsgeschichte eines Zahnarztes, bei dem das Quecksilber durch Einatmung des beim Herstellen von Amalgamen verspritzten und verdunsteten Quecksilber vom Körper aufgenommen und zum Teil auch durch Verreibung des Amalgams in der Handfläche inkorporiert wurde.

Schourp-Danzig.

Die therapeutischen Vorteile der Verwendung von Quecksilber in der kolloiden Form, von G. A. Stephens - Swansea. (*Brit. med. Journ.* 17. Dez. 1910.) Durch die Überführung des Quecksilbers in die kolloide Form wird eine ungemein feine Verteilung der Partikel erzielt, und dieser Umstand dürfte den Grund von der erhöhten Wirksamkeit dieses Präparates abgeben. Verfasser hat eine 1%ige Lösung für verschiedene Affektionen sehr nützlich gefunden, namentlich als Ersatz für Jodkalium bei Spätformen der Syphilis. Die Dosis betrug 1—2 ccm der Lösung; in einzelnen Fällen wurden bis zu 22 ccm im Tage genommen. Das Mittel leistete auch als äufserliche Applikation in einer Konzentration von 0,25—0,5% bei luetischen Geschwüren und auch bei Trichophytie der Kopfhaut gute Dienste.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Fälle von Sublimatintoxikation. Ein Fall von merkurieller Neuritis, von Cautineau und Cheval. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1911. Nr. 2.) Eine Neuritis des Nervus tibialis anticus rechts nach Genufs von 1 g Sublimat, das zwar zum Teil wieder durch Brechmittel aus dem Magen herausbefördert worden war, aber doch schwere Darm- und Nierenläsionen gemacht hatte. Der zweite Fall hat kein Interesse.

Gunsett-Strafsburg.

Jodival, ein neues Jodpräparat mit 47% Jodgehalt, von F. Bönning-Darmstadt. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 49.) Das Jodival wird gern genommen und ist fast frei von Nebenwirkungen; dabei übt es eine kräftige Jodwirkung aus.

Arthur Schucht-Danzig.

Metajodkarbon, ein zuverlässiges und ungefährliches Desinfektionsmittel für Hände und Operationsfeld, von Matasek-Teschen. (*Med. Klin.* 1911. Nr. 13.) Dieses vom Verfasser hergestellte Präparat schliefst neben den Vorteilen des Jodbenzins und Äthers den der Unentzündbarkeit in sich; es besteht aus einer Lösung von Jod in Kohlenstoffverbindungen. Das Waschen nimmt fünf Minuten in Anspruch. Beziehbar ist es durch die Firma G. Hell & Co. in Troppau.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Wundbehandlung mit Novojodin, von Alfred Deutsch-Wien. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 94, Heft 3.) Novojodin ist ein Hexamethylentetramindijodid; es ist ungiftig und übertrifft an Desinfektionskraft das Jodoform und seine Ersatzmittel erheblich, ohne jemals ein Exanthem hervorzurufen; es ist geruchlos, widerstandsfähig gegen Licht und wohlfeil im Preise. Es hat dem Verfasser sich bewährt bei tuberkulösen Prozessen, Phlegmonen, Abscessen, Karbunkeln, Fisteln, unreinen Wunden und Geschwüren.

Schourp-Danzig.

Über das feste Wasserstoffsuperoxydpräparat Pergenol und seine Anwendung in der dermatologischen Praxis, von Paul Richter-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Pergenol, ein kristallinisches, in trockenem Zustand unbegrenzt haltbares Pulver, ist eine Mischung von Natriumcarbonat und Natriumbitartrat, die beim Lösen in Wasser aufser Wasserstoffsuperoxyd noch Borsäure in Form von Natriumborotartrat liefert; 100 g Pergenol entsprechen 12 g Wasserstoffsuperoxyd und 22 g Borsäure.

Eine 10%ige Pergenollösung, die 1% Wasserstoffsuperoxyd enthält, verwendet R. zum Reinigen von weichen Schankern, inzidierten Furunkeln, Unterschenkelgeschwüren, Bubonenwunden usw.; die Lösung wird stets warm genommen, da die desinfizierende Kraft des Wasserstoffsuperoxyds in der Wärme viel gröfser ist als in der Kälte. Versuche zur Trockenbehandlung des Fluor mit einer Mischung von Pergenol und Bolus ergaben günstige Resultate, doch ist ein definitives Urteil zurzeit noch nicht möglich. Besonders zu empfehlen ist der Gebrauch des Pergenol bei Höhlenwunden und bei Blennorrhoe des Uterus, bei der nach lokaler Behandlung

der Gebärmutterschleimhaut 1—2 Pergenoltabletten à 0,5 g mit einem Tampon in die Vagina eingeführt werden. Zur Prophylaxe der Stomatitis bei Quecksilberkuren dient das mittels der Pergenolmundwassertabletten hergestellte Mund- und Gurgelwasser; da aber die Patienten gewöhnlich nur dreimal im Tag Spülungen vornehmem können, gibt R. aufserdem stündlich eine Pergenolmundpastille, die der Kranke im Mund langsam zergehen läfst. *Götz-München.*

Beitrag zur giftigen Wirkung der Scharlachsalbe, von St. Gurbski-Warschau. (*Ztrbl. f. Chir.* 1910. Nr. 49.) Nach Applikation einer 8%igen Amidoazotoluolsalbe auf eine Verbrennung zweiten Grades einer elfjährigen Patientin, welche zwei Drittel des rechten Oberschenkels und den Unterschenkel bis auf die Knöchel betraf, traten Vergiftungserscheinungen auf in Form von Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen, Fieber, Pulsfrequenz, Cyanose und Eiweifsspuren im Urin. Nach dem Verbandwechsel und Milchdiät liefsen diese Erscheinungen binnen wenigen Stunden nach. Nach acht Tagen abermals Scharlachsalbenverband, der von denselben Erscheinungen (mit Ausnahme der Albuminurie) gefolgt war. *Gunsett-Strafsburg.*

Tätowin, zur Entfernung von Tätowierungen, und **Nävol,** zur Entfernung von Muttermalen, bestehen nach dem Ortsgesundheitsrat zu Mannheim aus einer Verreibung von Salicylsäure mit parfümiertem Glycerin, und zwar enthielt Tätowin 46,28% und Nävol 39,88% Salicylsäure. Vor ihrer Anwendung wird gewarnt. Darsteller: H. Streichs Laboratorium in Stuttgart, Finkenstrafse 14.

(*Pharm. Zentralhalle.* 1911. Nr. 13.)

Zinkoxyd in Gesichtspudern, von Solomon Solis Cohen - Philadelphia. (*New York med. Journ.* 25. März 1911.) C. fiel bei manchen Patienten, welche bei starker Fettabsonderung im Gesicht Puder benutzten, ein zuweilen vorhandener schwarzer Strich, als wenn ein Stück Kohle über die Wangen gezogen worden wäre, auf. Diese schwarzen Niederschläge wurden mit Watte entfernt und letztere sowie der benutzte Puder einer chemischen Untersuchung unterzogen. Es wurde gefunden, dafs all diese Puder, als reine Reispuder im Handel bezeichnet, eine auf Silber und Gold reagierende Substanz, nämlich in mehr oder weniger grofser Menge Zinkoxyd enthielten. Die Zinkoxydreaktion kann von der Hautsekretionsreaktion durch ihre gröfsere Intensität und die Tatsache unterschieden werden, dafs Zinkoxyd mit Gold beinahe ebenso wie mit Silber reagiert, während die noch unbekannte Substanz des Hautsekrets nur auf Silber reagiert; C. nimmt an, dies sei eine Schwefelverbindung, konnte aber den chemischen Beweis hierfür noch nicht erbringen. *Stern-München.*

Zykloform — ein neues Wundanästhetikum, von M. Strauss - Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Das von den Farbenfabriken Bayer & Co. hergestellte Zykloform empfiehlt S. als schmerzlindernd, desinfektionskräftig und ungiftig. Er hat es als 5%ige Salbe, namentlich bei Brandwunden, bei Rhagaden, intertriginösem Ekzem, entzündeten Hämorrhoiden, Ulcus cruris usw. mit gutem Erfolg angewandt. Auch bei einem ausgedehnten Hautcarcinom erwies sich das Mittel, namentlich wegen der schmerzlindernden Wirkung, als sehr empfehlenswert. Die 5%ige Salbe wird durch Vermischung mit erwärmtem Vaselin hergestellt; zur Herstellung einer 10%igen Salbe mufs die Substanz erst in warmem Olivenöl (1 : 2) gelöst werden und dann mit Vaseline verrührt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Apparat zur Gesichtspflege, von Heinrich Siemens-Teltow-Berlin. (*Zeitschrift f. Krankenpflege.* 1910. Nr. 10.) „Ghuda", ein gesetzlich geschützter kombinierter Gesichtsheifsluft- und Duscheapparat; auch eine blaue Glühbirne für „Blaulichtbad" (!) ist an diesem Apparat angebracht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Angioneurosen.

Weitere Untersuchungen über das Wesen der Arzneiexantheme, von Carl Bruck-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Bekanntlich hat Bruck kürzlich gesagt, daſs gewisse Arzneiexantheme, z. B. die Tuberkulin- und Jodoformexantheme, und damit die diesen zugrunde liegenden Idiosynkrasien auf einer echten, experimentell nachweisbaren Idiosynkrasie beruhen. Diesen Resultaten reiht Bruck ein weiteres, bei Untersuchung einer Antipyrinidiosynkrasie erzieltes an. Durch Seruminjektion gelang es, die Anaphylaxie gegen Antipyrin auf normale Meerschweinchen zu übertragen. Es wurde der Beweis geliefert, daſs auch die Antipyrinidiosynkrasie durch eine echte Anaphylaxie bedingt ist, und daſs sich dieselbe noch 16 Jahre nach dem letzten Antipyringebrauch experimentell nachweisen läſst.

Arthur Schucht-Danzig.

Medikamentöses (Jodoform-) Erythem, von F. Blanchod. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1910. Nr. 9.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Straſsburg.*

Über Quecksilberexantheme, von Ernst Feuerhake. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1910.) Die umfangreiche Arbeit läſst sich nicht in Kürze referieren. Verfasser berichtet in den einzelnen Kapiteln nach einer Einleitung über die Formen der Quecksilberexantheme, Versuch einer Erklärung für das Entstehen der Quecksilberexantheme, begünstigende Momente für das Eintreten derselben, Häufigkeit, Diagnose, Prophylaxe, Prognose und Therapie der Quecksilberexantheme. — Zahlreiche Literaturhinweise erhöhen den Wert der fleiſsigen Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Über einige mit Serum geheilte Fälle von Urticaria, von Linser-Tübingen. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 4.) Nachdem Verfasser und Mayer einen Fall von Impetigo herpetiformis durch Injektion mit Serum normaler Schwangerer geheilt hat, ist ihm jetzt bei einem Fall von Urticaria bei einer Schwangeren durch intravenöse Injektion von je 20 ccm Serum einer gesunden Schwangeren Abheilung gelungen. Auch in drei anderen Fällen gelang der gleiche Erfolg durch Injektion von Serum gesunder Menschen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Urticaria papulosa, Prurigo, Ekzema papulo-vesiculosum, von L. Brocq. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 42.) An der Hand einiger Krankheitsfälle erläutert Brocq, daſs flieſsende Übergänge zwischen Urticaria, Urticaria papulosa, Prurigo und papulovesikulösem Ekzem bestehen. Die Grundzüge der Therapie sind folgende: 1. Vermeidung reizender Nahrung und Medikamente (Kaffee, Konserven, Krebse, Antipyrin usw.), 2. Förderung des Stoffwechsels, 3. Vermeidung physischer und psychischer Überanstrengung, 4. Vermeidung von hautreizenden Substanzen (Wasser, Seife, Chemikalien). *Richard Frühwald-Leipzig.*

Erythrämie oder Polycythämie mit Milzschwellung und chronischer Cyanose, von E. C. Seuffert-Chicago. (*Amer. Journ. med. scienc.* Dez. 1910.) Von der als Polycythaemia splenomegalica oder mit der noch umständlicheren Benennung Erythrämie mit Milzschwellung und chronischer Cyanose bezeichneten, in mehrfacher Hinsicht interessanten Krankheitsform sind bisher nur wenige Fälle publiziert worden, und der Dermatologe wird vielleicht in bezug auf die Beobachtung von Patienten dieser Art gegen den Internisten im Nachteil sein, da die Cyanose im allgemeinen erst im späteren Verlauf des Leidens im Anschluſs an die Grundsymptome der Milzschwellung im Verein mit der hochgradigen Vermehrung der roten Blutkörperchen nebst den subjektiven Symptomen hervorzutreten pflegt. Gelegentlich kann aber die Entwicklung von unregelmäſsigen roten oder (namentlich in der Kälte) dunkelvioletten Flecken an verschiedenen Körperstellen, wie Verfasser an zwei hier genauer beschriebenen Fällen zeigt, den Ausschlag geben, ärztlichen Rat einzuholen. Bei beiden

hier vorliegenden Krankheitsberichten handelte es sich um verheiratete Frauen. Fall I, 63 Jahre alt, hat niemals konzipiert, hat aber keine Symptome seitens der generativen Organe dargeboten, leidet dagegen seit der Menopause an einer langsam zunehmenden cystischen Struma und seit sechs Jahren an Schwindel, Kopfweh und allgemeiner Schwäche. Gleichzeitig traten fleckige rote bzw. bläuliche Verfärbungen an verschiedenen Stellen der Oberhaut hervor, und zurzeit sind auch die sichtbaren Schleimhäute von dunkelvioletter Färbung. Neben einer Steigerung des Hämoglobingehalts auf 180 % zeigte das Blut eine enorme Steigerung der roten Blutkörperchen bis auf 15500000 im ccm und starke Viskosität mit einer Gerinnungsdauer von nur einer Minute. Patientin starb nach zweimonatiger Beobachtung. Bei Fall II, 43 Jahre alt, erreichte die Zahl der Erythrocyten fast die gleiche Höhe. Bei beiden Kranken folgte auf die Milzschwellung auch eine Vergröfserung der Leber. Verschiedene therapeutische Versuche erwiesen sich alle als erfolglos. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Stellung der Erythrodermia desquamativa (Leiner) im Krankheitssystem, von E. Moro-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Nach M.s Beobachtungen, welche sich auf zwölf Fälle erstrecken, handelt es sich bei dieser zuerst von Leiner (1907) genauer gewürdigten Affektion um eine universelle Dermatitis ex intertrigine bei jungen Säuglingen mit einem ausgesprochenen Status seborrhoicus auf exsudativer Grundlage. Gegen die Anreihung an die Ekzemgruppe spricht histologisch das Fehlen der charakteristischen Trias der Akanthose, Spongiose und Parakeratose. Übereinstimmend mit Leiner konstatiert M., dafs diese Dermatose sich durchweg bei schwächlichen, unentwickelten Säuglingen findet, und dafs fast ausnahmslos Verdauungsstörungen derselben vorangehen oder dieselbe begleiten. Abweichend aber von den Leinerschen Beobachtungen fand M., dafs die Affektion sich eher noch bei Flaschenkindern als bei Brustkindern vorfand und dafs sie keineswegs so sehr häufig tödlich verläuft. Die Unterschiede zwischen dieser Krankheit und der Ritterschen Dermatitis exfoliativa werden auch dargelegt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Herzkomplikationen im Verlauf der verschiedenen Varietäten des polymorphen Erythems, von P. Teissier und H. Schaeffer. (*Presse méd.* 1910. Nr. 69.) Allgemein wird die Endocarditis als eine der häufigsten Komplikationen des Erythema polymorphum aufgefafst, ohne dafs genauere klinische oder pathologisch-anatomtische Beweise diese Ansicht stützen können. Diese Auffassung stammt aus einer Zeit, in welcher keine allzu grofsen Anforderungen an eine klinische Diagnose der Erkrankungen des Herzens gestellt wurden. Schon Potain zeigte, dafs nicht alle Geräusche am Herzen, welche selbst bei Infektionskrankheiten auftreten, die notorisch Endocarditis hervorrufen können, eine klinische Bedeutung haben. So werden oft extrakardiale Geräusche als wirkliche Herzgeräusche aufgefafst. Von 44 Fällen von Erythema nodosum wiesen zwölf ein derartiges extrakardiales Geräusch auf, und viele andere zeigten Störungen von gar keiner klinischen Bedeutung. Nur in zwei Fällen konnte eine wahre Arythmie mit leichter Erweiterung des rechten Herzens konstatiert werden. Der Verfasser glaubt deshalb, dafs die Zahl der sicheren Fälle, welche endoperikardiale Läsionen des polymorphen Erythems betreffen, eine äufserst geringe ist, dafs sie die Ausnahme bilden und dafs sehr oft, wenn in Krankengeschichten die Rede von Klappenläsionen ist, höchstens extrakardiale Geräusche in Betracht kommen. Er gibt aber zu, dafs endoperikardiale Läsionen auch im Verlauf des polymorphen Erythems in Form von diskreten, begrenzten Läsionen vorkommen können. welche der Untersuchung leicht entgehen und höchstens ein anatomisches Dasein führen.

Gunsett-Strafsburg.

Über ein durch Toxinresorption bedingtes Hauterythem bei Bronchiektasien, von EDGAR RUEDIGER-Marburg a. L. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 55, Heft 1 u. 2.) Bei einem vierjährigen, an Bronchiektasien leidenden Kinde traten in den Morgenstunden, wenn das Bronchialsystem mit secerniertem Sputum ad maximum gefüllt war, unregelmäfsig zackig gerandete Erytheme auf der Gesichtshaut auf, welche nach hinreichender Sputumentleerung wieder abblafsten. Die Erscheinung als Arzneiexanthem zu deuten, wäre nicht angängig, da das Erythem nach Einstellung der Arzneidarreichung weiter bestand; der Verfasser erklärt das Auftreten des Erythems durch Resorption von Toxinen im Bronchialsystem. *Schourp-Danzig.*

Ein ungewöhnlicher Fall von toxischer Dermatitis und Bemerkungen über symmetrische Ausschläge, von G. PERNET-London. (*Brit. med. Journ.* 17. Dez. 1910.) Eine 54jährige Frau von entschieden neurasthenischem Temperament bot am Gesicht, Hals, Rumpf und den Extremitäten ungewöhnliche Läsionen in Gestalt von umfangreichen roten Flatschen mit auffälliger symmetrischer Verteilung dar. Eigentliche entzündliche Erscheinungen bestanden im späteren Verlauf nicht, sondern es handelte sich um Teleangiektasien in gröfserer Anzahl. Die Erkrankung wurde dem Genufs von schlechtem Kaninchenfleisch zugeschrieben, und der Nebenbefund mit eiterhaltigem Urin und anderen Momenten lassen diese Erklärung ganz plausibel erscheinen. Patientin wurde auf Verlangen gebessert entlassen und ist bald nachher gestorben. Obduktion wurde nicht gestattet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Darreichung von Schilddrüsensubstanz bei Serumreaktion und Serumerkrankung von Diphtheriepatienten, von A. E. HODGSON-Liverpool. (*Lancet.* 11. Febr. 1911.) Von dem Gedanken ausgehend, dafs die besondere Idiosynkrasie gegen Diphtherieantitoxin auf eine mangelhafte Tätigkeit der Schilddrüse zurückzuführen sein dürfte, hat Verfasser bei 50 Injektionen gleichzeitig Thyreoidextrakt gereicht, während 50 andere mit dem gleichen Serum gespritzte Fälle keine weitere Medikation erhielten. Ein beweiskräftiger Erfolg war nicht zu verzeichnen; doch schienen die mit Thyreoid behandelten Kinder weniger serumkrank gewesen zu sein als die anderen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neue Pellagraforschungen, von L. SOFER-Wien. (*Med. Blätter.* 1911. Nr. 5 u. 6.) Behandelt nach einem kurzen Überblick über die Entwicklung der ätiologischen Pellagraforschung im wesentlichen die Versuche RAUBITSCHEKS und HORBACZEWSKIS. Ersterer hat weifse und gefleckte Mäuse teils im Dunkeln, teils im Sonnenlichte gehalten und mit verschiedener Kost ernährt. Die weifsen Mäuse, die Mais- oder Reisnahrung erhielten, gingen bald zugrunde, konnten aber gerettet werden, wenn sie nach den ersten Krankheitserscheinungen ins Dunkle gebracht wurden. H. hat ähnliche Versuche wiederholt und auch Tiere mit Maisnahrung, aus der die alkohollöslichen Bestandteile entfernt waren, gefüttert. Diese Tiere blieben am Leben. Es dürfte also ein in Alkohol löslicher Stoff des Mais, wahrscheinlich der Maisfarbstoff, unter Einflufs des Lichtes die pellagrösen Erscheinungen hervorrufen. *Richard Frühwald-Leipzig*

Über Pellagra nebst einem Bericht über zwei zur Autopsie gelangte Fälle, von P. V. ANDERSON-Morganton und W. G. SPILLER-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. scienc.* Jan. 1911.) Beide Fälle betrafen geistesgestörte Individuen. Fall I, 22jährige Hausfrau, leidet seit vier Jahren an gastrischen Störungen und intensiven Diarrhoen; im weiteren Verlauf des Leidens traten entzündliche Erscheinungen an der Dorsalseite der Hände und auch an den Handtellern sowie im Gesicht und Hals hervor. Mit der Diagnose Neurasthenie im Verein mit melancholischen Zuständen wurde sie der Irrenanstalt eingeliefert. Unter zunehmender Schwäche bei hochgradiger Coulimie, Durst, Fortschreiten der Hautaffektion und der psychischen Entartung starb Patientin

zwei Monate später. Der andere Fall betraf einen bei seinem Tode 62jährigen Mann, der mit 40 Jahren in der Irrenanstalt als dement und zeitweilig halluzinatorisch aufgenommen wurde. Bei guten hygienischen Verhältnissen traten die ersten Andeutungen von Pellagra bei ihm 16 Jahre nach der Aufnahme hervor. Wie beim ersten Fall waren starke Diarrhoen und ferner Störungen im motorischen Nervensystem markante Erscheinungen. Letztere erinnerten an den Zustand bei Strychninvergiftung. Bei der Autopsie konnte in dem ersten Fall vom Rückenmark der Lumbalteil und die Cervikalportion zur Untersuchung verwendet werden, beim zweiten Fall nur ein kleiner Teil der Portio thoracalis. In beiden Fällen wurden ausgedehnte degenerative Vorgänge konstatiert. So boten bei Fall I die Nervenzellen der Vorderhörner in der Lendengegend Schwellung des Zellkörpers, Verdrängung des Kernes an die Peripherie, Schwund der Fortsätze in vielen Fällen und vielfach ausgedehnte Chromatolyse dar. Mit Marchischer Färbung fand man an den hinteren und den vorderen Seitensäulen eine diffuse Entartung und vielfache Vakuolenbildung. Auch die Clarkeschen Säulen waren affiziert. Ähnliche Vorgänge wurden neben einer ausgesprochenen Verdickung der Pia auch beim zweiten Falle konstatiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pellagra; ein kurzer Rückblick auf die Theorien ihrer Ätiologie, nebst Bericht über einen Fall, der in der Stadt New York zur Beobachtung kam, von Joseph Collins und L. Sheldon-New York. (*Med. Record.* 7. Jan. 1911.) Bericht über einen der relativ seltenen akuten Fälle von Pellagra, die rasch vorwärts schreiten und beim ersten Anfall tödlich zu verlaufen pflegen. Es handelt sich um eine 41jährige Frau, die nie aufserhalb des Staates New York gewesen war und in den letzten sieben Jahren die Stadt nie verlassen hatte. Autopsiebefund.

W. Lehmann-Stettin.

Pellagra, von Beverly R. Tucker-Richmond. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 4.) Klinische Studie auf Grund der Beobachtungen bei 55 Fällen.

Schourp-Danzig.

Zur Kenntnis der Pathogenese der Pellagra, von H. Raubitschek-Czernowitz. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 57, Heft 3.) R. stellte selbst eine Anzahl Versuche an Tieren an und kam zu dem Resultate, dafs Ernährung mit Mais von guter oder schlechter Qualität an und für sich nicht schädlich wirkt, dafs aber bei weifsen Mäusen unter dem Einflufs des Sonnenlichtes und der Maisnahrung eine Noxe entsteht, die neben lokalen Hauterscheinungen auch auf den Gesamtorganismus deletär wirkt. Die Erscheinungen, die hier an weifsen Mäusen zur Beobachtung kamen, bestehen in Abmagerung, teils Stupor, teils Übererregbarkeit, lähmungsartiger Schwäche der hinteren Extremitäten, Hyperämie der Schnauze und beider Ohren und Haarausfall am Kopf und Rücken, schliefslich Exitus, häufig unter Krämpfen. Diese im Mais enthaltenen photodynamischen Stoffe sind alkohollöslich und das durch Alkohol extrahierte Maisöl ist allein, oral verabreicht, imstande, ähnliche Symptome wie eine Maisfütterung auszulösen. Bei schon ausgebildeten Krankheitserscheinungen gelingt es leicht, die Mehrzahl der Tiere vor dem sicheren Tode dadurch zu retten, dafs man sie aus dem Sonnenlicht dauernd ins Dunkle bringt, ohne die Maiskost zu vermindern. R. steht nicht an, diese Resultate in einen engen Zusammenhang mit der Pellagraätiologie zu bringen und für diese Krankheit eine photodynamische Grundlage anzunehmen, d. h. zu folgern, dafs die Pellagra hervorgerufen wird durch einseitige Ernährung mit Mais guter oder schlechter Qualität, die aber erst unter dem Einflufs des Sonnenlichtes ihre deletären Wirkungen entfaltet. Lode-Innsbruck und Horbaczewsky waren fast gleichzeitig bei analogen Versuchen zu ähnlichen Resultaten gelangt wie Verfasser, so dafs er seine Theorie von der Pellagra-Ätiologie für einigermafsen berechtigt ansehen kann. *Stern-München.*

Neue Gesichtspunkte über die Ätiologie der Pellagra, von ANTONINI. (*Riv. pellagrol. it.* 1910. Nr. 4.) Verfasser bespricht die seit drei Jahren aufgetauchte Hypothese, dafs in Analogie mit Kala-Azar usw. der Erreger der Pellagra ein Sporozoon sei. Diese Theorie ist noch viel zu wenig begründet, so dafs es ein gefährliches Wagnis wäre, auf ihr basierend die bestehenden gesetzlichen Vorschriften zur Bekämpfung der Pellagra zu ändern. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Pellagra ohne Mais? von CAMURRI. (*Morgagni.* 7. Nov. 1910.) Der Aufsatz wendet sich gegen die von ALESSANDRINI-Rom vertretene Ansicht, wonach die Pellagra nichts mit dem Maisgenufs zu tun habe, sondern lediglich vom Genufs schlechten Wassers herkomme und in allen Gemeinden, besonders im Gebirge, die eine gute Wasserversorgung aufweisen, fehle. Der Verfasser fand durch eine Enquete in den bereits von ALESSANDRINI untersuchten Gegenden, dafs auch Gebirgsgegenden mit vorzüglicher Wasserversorgung oft einen hohen Prozentsatz von Pellagrakranken aufweisen. Er schliefst daraus, dafs das Trinkwasser nicht als Ätiologie der Pellagra in Betracht kommen kann. Dafs wohl aber der Mais dabei ätiologisch von hoher, wahrscheinlich ausschliefslicher Bedeutung ist, geht aus folgenden Erwägungen hervor: 1. Sein Konsum ist gerade in den Pellagragegenden ein enormer. 2. Die geographische Verbreitung der Pellagra stimmt mit derjenigen der Maiskultur überein. 3. Das Symptomenbild der Pellagra kann experimentell bei Tieren durch giftige Hyphomyceten erzeugt werden, die sich mit Vorliebe auf dem Mais entwickeln. 4. Die Pellagra nimmt ab oder verschwindet sogar ganz in Gegenden, wo der Maiskonsum bekämpft wird. *Gunsett-Strafsburg.*

Pellagra und Trinkwasser in Friaul, von F. FRATINI. (*Riv. pellagrol. it.* 1910. Nr. 6.) Im Gegensatz zu ALESSANDRINI kommt der Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen über die Häufigkeit der Pellagra in den friaulischen Gemeinden zu dem Schlufs, dafs die Beschaffenheit des Trinkwassers keinerlei Einflufs auf die Entstehung der Pellagra hat. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Pellagra in der in Italien gewöhnlichen Form; alte und neue Theorien; Bericht über Fälle, die in New York zur Beobachtung kamen, von A. CACCINI-New York. (*Med. Record.* 11. März 1911.) C. ist der Meinung, dafs Pellagra in den Vereinigten Staaten weit häufiger vorkommt, als es diagnostiziert wird. Er hebt eine Reihe wesentlicher Unterschiede im Verlauf der Erkrankung in Amerika gegenüber dem in Europa üblichen Typus hervor und glaubt, dafs die Krankheit in Europa, speziell Italien, einen weit weniger akuten Verlauf zu nehmen pflegt; die schweren Erytheme und sonstigen Hautveränderungen, wie sie z. B. in den Südstaaten zur Beobachtung gekommen sind, werden in Italien nie gesehen. Auch scheint die Affektion in Amerika ziemlich häufig unter der bessersituierten Bevölkerung sich zu finden, im Gegensatz zu Europa, wo sie sich auf die ärmere Landbevölkerung zu beschränken pflegt. *W. Lehmann-Stettin.*

Pellagra in Ägypten, von V. S. HODSON-Khartoum. (*Lancet.* 1. Oktober 1910.) Verfasser vertritt die Ansicht, dafs Pellagra nicht als eine Krankheitseinheit aufzufassen sei, sondern dafs die Hautveränderungen nur die Wirkung von Wind, Staub und Sand auf eine durch sonstige Leiden weniger widerstandsfähig gemachte Cutis darstellen. Namentlich anämische Zustände wie bei der in Ägypten sehr verbreiteten Ankylostomiasis und Bilharziasis bilden einen wichtigen prädisponierenden Faktor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Pellagra in der Provinz Mantua nach 30 Jahren der Bekämpfung. (*Rivista pellagrolog. ital.* 1910. Nr. 1.) Eine 1856 angestellte Nachforschung ergab unter 243829 Einwohnern infizierter Orte 2195 Pellagröse. Diese Zahl ist stetig gesunken und betrug 1908 nur noch 706. Die Todesfälle, die früher bis 100 betrugen,

sind 1908 auf 21 vermindert worden, Psychosen sind von 140 auf 40—50 gesunken. Das mufs als ausgezeichneter Effekt der gegen die Pellagra unternommenen präventiven und therapeutische Mafsnahmen bezeichnet werden. *Richard Frühwald-Leigzig.*

Untersuchung über die Verbreitung der Pellagra in der Provinz Mailand. (*Rivista pellagrolog. ital.* 1910. Nr. 2.) Bericht der Pellagrakommission in Mailand auf dem vierten Pellagrakongrefs über die Verbreitung der Krankheit, die ursächlichen Momente und über die getroffenen und zu treffenden Mafsnahmen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Der arterielle Druck bei Pellagrösen und Alkoholisten, von L. Zanon und G. Vidoni. (*Rivista pellagrol. ital.* 1910. Nr. 3.) Der Arteriendruck ist bei Pellagrösen und Alkoholisten erhöht, und zwar durch Zunahme des peripheren Widerstandes, die Schädigung der Gefäfse und stärkere Herzarbeit. Die Erhöhung des Druckes ist wahrscheinlich durch Einführung toxischer Substanzen in den Kreislauf bedingt. Bei den verschiedenen Geschlechtern besteht kein nennenswerter Unterschied. Der Blutdruck ist auf der linken Seite um einige Millimeter niedriger als rechts.

Richard Frühwald-Leipzig.

Psychotische Formen bei hereditärer Pellagra, von D. Valtorta. (*Rivista pellagrol. ital.* 1910. Nr. 1 u. 2.) 18 Krankengeschichten psychischer Störungen bei ererbter Pellagra. Verfasser führt die verschiedenen Ansichten über den Zusammenhang zwischen Pellagra und den Psychosen an und weist besonders auf das bei Erbpellagra vorhandene degenerative Moment hin, welches neben der spezifischen Intoxikation eine neue Ursache für die Schwächung des Nervensystems abgibt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Transfusion bei Pellagra, von H. P. Cole - Mobile. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 8.) Bei 20 Pellagrapatienten wurde die Transfusion ohne Schaden vorgenommen, als andere therapeutische Mafsnahmen erfolglos gablieben waren. In 60% dieser Fälle trat Heilung ein. *Schourp-Danzig.*

Pellagra, behandelt mit Salvarsan, von Charles M. Nice, James S. McLester und Gaston Torrance-Birmingham. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 12.) Vorläufiger Bericht von drei Fällen, bei denen die Salvarsaninjektion von guter Wirkung war. *Schourp-Danzig.*

Über eine neue Form der hämorrhagischen Diathese: Myokerosis angiotica haemorrhagica, von Victor Opolski - Lemburg. (*Wien. klin. Rundsch.* 1910. Nr. 33 u. 35.) Der Verfasser beschreibt einen ätiologisch ungeklärten Fall von wachsartiger Gefäfsentartung, bei welchem Paraesthesien der Finger und ausgedehnte Hautblutungen dicht unter der Oberhaut bestanden. *Schourp-Danzig.*

Zur Kenntnis der hämorrhagischen Diathese, von Pribram-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 15.) Er werden zwei Fälle von Peliosis rheumatica mitgeteilt, der eine auf septischer Basis mit anfangs geringen Erscheinungen und schliefslichem Exitus, der zweite eine hämorrhagische Diathese, die während der Gravidität nach Trauma auftrat, unter schweren Symptomen beginnend und rasch zurückgehend.

Arthur Schucht-Danzig.

Beitrag zur Pathogenese der Purpura haemorrhagica im Anschlufs an eine Infektion, von S. Cannata. (*La riforma med.* 1911. Nr. 4.) Es handelte sich um eine Purpura haemorrhagica bei einem 18jährigen Kinde mit diffuser Tuberkulose, welche kein Organ verschont hatte. Da auch die Nebennieren in hervorragendem Mafse lädiert waren, so ist der Verfasser geneigt, zu glauben, dafs die Veränderung der normalen Funktion dieser Organe eine Hypotonie der Gefäfse verursachte, welche ihrerseits den Austritt der Blutelemente aus den Kapillaren erleichterte. „Andererseits

können die tuberkulösen Toxine, welche nicht mehr durch die antitoxische Wirkung des fehlenden Adrenalins neutralisiert wurden, eine deletäre Wirkung auf die Gefäfse ausgeübt und ihre Struktur alteriert haben." *Gunsett-Strafsburg.*

Hautblutungen am gestauten Arm, von H. Meyer - Berlin - Schlachtensee. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Zu der Arbeit von Leede (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 6) bemerkt M., dafs er bei der Ausführung der Venenpuntion öfters Petechien am gestauten Arm beobachtet habe. Er führt dies auf das vorhergegangene Abreiben mit Alkoholäther zurück bzw. auf Bewegungen der betreffenden Extremität oder auf die durch Anspannnen der Haut hervorgerufene Anämisierung derselben. Jedenfalls sollte zu diagnostischen Zwecken der Arm möglichst ruhig gehalten werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hautblutungen durch Stauung hervorgerufen als diagnostisches Hilfsmittel beim Scharlach, von C. Leede - Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Vor einigen Jahren ist von Hecht bei Scharlachkranken auf die grofse Neigung der Haut zu petechialen Blutungen bei geringen Insulten, wie Aufheben einer Hautfalte mit Zeigefinger und Daumen bei gelindem Druck während 5—10 Sekunden hingewiesen worden. Im Hamburger Krankenhaus sind an mehreren Hunderten von Fällen diesbezügliche Untersuchungen durchgeführt worden, und L. empfiehlt diese Prüfung als ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, das nur in ganz vereinzelten Fällen versagte. Die Untersuchung wird folgendermafsen ausgeführt: Oberhalb der Ellenbeugen wird eine breite Gummibinde mäfsig fest um den Oberarm gelegt, derart, dafs die Venen deutlich hervortreten, die Hand blau wird, der Puls aber dabei gut zu fühlen ist. Nach 10—15 Minuten wird die Binde gelöst, und man betrachtet unter Spannen der Haut die Gegend der Ellenbeuge, wo sich die Petechien bei positiven Fällen als dunkle Spritzer dokumentieren. Schon mäfsig viele Petechien sind als ein positives Resultat zu deuten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Henochsche Purpura und Darmintussuszeption, von H. B. Robinson-London. (*Lancet* 1. Okt. 1910.) Die Diagnose der Intussuszeption konnte mit ziemlicher Sicherheit gestellt werden, indem unterhalb des Nabels ein etwa handtellergrofser Tumor zu fühlen war, den man in der Narkose nach verschiedenen Richtungen hin ausgiebig verschieben konnte. Die Untersuchung per Rectum ergab das Vorhandensein von frischem Blut im Dickdarm. Purpuraflecke fanden sich in reichlicher Entwicklung an den Oberschenkeln und dem Rumpf, und mehrere Gelenke wiesen ödematöse Schwellungen auf. Die Laparatomie lieferte vollständige Genesung, trotzdem ein grofses Stück des Dünndarms (etwa 70 cm) wegen drohender Nekrose entfernt wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Henochscher Purpura oder Purpura abdominalis, von A. S. Macmillan - Coventry. (*Brit. med. Journ.* 26. Nov. 1910.) M. berichtet über einen typischen Fall bei einem 16jährigen Dienstmädchen. Das markanteste Symptom waren die Attacken von abdomineller Kolik. Dazu kamen Erbrechen, Diarrhoe, Schwellungen an verschiedenen Gelenken, mäfsig stark entwickelte Hämorrhagien in der Haut, sowie im weiteren Verlauf Epistaxis und Blutungen im Gastrointestinaltrakt und Uterus. Genesung erfolgte ohne Operation, obgleich diese zeitweilig dringend indiziert erschien. Verfasser glaubt, dafs die Darreichung von Calciumlactat in Dosen von 0,3 per die von wesentlicher Wirkung auf die Krankheit war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Henochsche Purpura, von D. Manson-Dunsyre. (*Brit. med. Journ.* 31. Dez 1910.) Kurzer Bericht über einen ziemlich charakteristischen Fall bei einem Mädchen von 11½ Jahren. Albuminurie war eine ernste Komplikation. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Kalium citricum, Liquor ammonii acetatis, Tinctura hyos-

cyami usw. Es erfolgte Genesung mit einer allerdings ziemlich lange anhaltenden Albuminurie geringen Grades und verschiedentlichen Hautpigmentierungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Nephritis in der Purpura, von HUTINEL. (*Gaz. d. Hôp.* 1910. Nr. 140.) H. teilt die Krankengeschichte eines an rheumatoider Purpura leidenden Knaben mit, dessen Erkrankung anfangs durch intestinale Hämorrhagien, Hämaturien und meningealen Blutungen zuzuschreibende Konvulsionen kompliziert war. Gegen Ende der Krankheit kam eine Nephritis hinzu. H. weist in einer literarischen Übersicht nach, dafs diese Fälle von Nephritis im Anschlufs an eine Purpura ziemlich häufig sind, nach Schwund der primären Purpura zu einer selbständigen Erkrankung werden und gewöhnlich eine üble Prognose geben. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein letaler Fall von Phosphorvergiftung mit ungewöhnlichen subcutanen Hämorrhagien, von R. G. HANN und R. A. VEALE-Leeds. (*Lancet.* 15. Jan. 1910.) Ein 19jähriges Mädchen wurde drei Tage, nachdem sie ein Quantum Rattengift, das schätzungsweise 0,15 Phosphor enthielt, zu sich genommen hatte, im halbkomatösem Zustand aufgenommen. Von der Taille abwärts war ziemlich die Hälfte der ganzen Oberhaut von teilweise enormen Hämorrhagien eingenommen. Die dazwischenliegende Haut zeigte nichts Abnormes. Unter starkem Blutbrechen und Uterinblutung ging die Kranke alsbald zugrunde. Die Autopsie ergab auch reichliche innere Blutungen. Verfasser glauben, dafs so ausgedehnte Hautblutungen bei Phosphorvergiftung sonst nicht verzeichnet sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Traumatische Entzündungen.

Gewerbedermatosen und die Gesetzesvorlage über Gewerbekrankheiten, von THIBIERGE. (*Bull. méd.* 1911. S. 215.) TH. weist darauf hin, dafs die Gewerbeekzeme nicht nur durch die äufserliche Schädlichkeit, sondern auch durch einen konstitutionellen Faktor hervorgerufen werden. Handelt es sich um Ersatzansprüche wegen solcher Ekzeme, mufs nach dieser innerlichen Schädlichkeit mit grofser Sorgfalt geforscht werden, da die Hauterscheinungen von aufsen her leicht in Permanenz gehalten werden können. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Dermatitis erzeugt durch eine Haartinktur (Chinon gebildet durch Einwirkung von Wasserstoffsuperoxyd auf Paraphenyldiaminum chlorhydricum), von JUAN DE AZÚA. (*Rev. clinica de Madrid.* 1910. Nr. 7.) Der Artikel ist bereits in *dieser Zeitschrift* referiert (Bd. 51, S. 425). *Gunsett-Strafsburg.*

Über Primeldermatitis, von GEORGES THIBIERGE. (*Bull. méd.* 1911. S. 351.) Die Primeldermatitis befällt nur die unbedeckten Körperteile: Gesicht, Handrücken, Finger, eventuell Ohren, Nacken und Vorderarme. Sie tritt plötzlich, in Form scharf umschriebener, elevierter, roter, stark juckender Herde auf. Auf der Hand entwickeln sich linsen- bis markstückgrofse, rote Herde, auf denen sich bald Bläschen bilden, die platzen und zu Krusten eintrocknen. Im Gesicht erscheint gewöhnlich eine starke Rötung und ödematöse Schwellung, die dem Erysipel sehr ähnlich ist. Zu diesen klinischen Zeichen kommt das Beschränktsein der Affektion auf die Zeit der Primelblüte und die anamnestisch erhobene Beschäftigung mit diesen Blumen. Am häufigsten wird diese Dermatitis durch Primula sinensis, obconica und cortusoides hervorgerufen. Aufser dieser äufseren Schädlichkeit mufs auch eine gewisse Disposition zur Erkrankung vorhanden sein. Therapeutisch ist vor allem die Berührung mit Primeln zu verhindern. Prophylaktisch ist das Tragen langer, völlig geschlossener Handschuhe und nachheriges Waschen mit Alkohol zu empfehlen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatitis papulosa solaris. (Ekzema solare), von Mosgow. (*Wratschebanja Gaseta.* 1911. Nr. 12.) Verfasser hat im Ussurigebiet zur Frühlingszeit einen Hautausschlag bei verschiedenen Personen, Erwachsenen und Kindern, auftreten gesehen, der sich durch derbe Knötchen auf den unbedeckten Körperteilen auszeichnet und später in ein Ekzem übergeht. Er glaubt, dafs der Ausschlag auf die Einwirkung der Sonnenstrahlen zurückzuführen ist, da derselbe unter Chininglycerin (1 : 10) verschwindet, welches die unsichtbaren chemischen Lichtstrahlen nicht durchläfst.

Arth. Jordan-Moskau.

Über einen neuen farblosen Schutz gegen unerwünschte Wirkung des Sonnenlichts auf die Haut, von P. G. Unna. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 12.) Infolge der schweren Löslichkeit des Chininsulfats wird dasselbe häufig vom Apotheker mit Schwefelsäure versetzt und reizt dann sehr. Unna prüfte einige von Mannich und Zernik ihm vorgeschlagene Substanzen, leicht wasserlösliche, farblose Äskulinderivate, auf ihre lichtschützenden Eigenschaften und liefs zwei daraus hergestellte und auf ihre günstigen Wirkungen hin geprüfte geeignete Salben unter den Namen „Zeozon“ 3% (Schutz gegen Sonnenbrand, Epheliden), bzw. „Ultra-Zeozon“ 7% (gegen Gletscherbrand) durch die Firma Kopp & Joseph, Berlin, in den Handel bringen.

Arthur Schucht-Danzig.

Zwei Fälle von Tetanus im Anschlufs an Verbrennungen, von F. Michelsson. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Mitteilung der betreffenden Krankengeschichten. Im Anschlusse hieran spricht sich Verfasser gegen die Serumtherapie des Tetanus, aber für die prophylaktischen Injektionen aus. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Decubitus acutus nach Operation, von Fieux. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 5.) Bei einer Frau, die wegen Retention der Placenta kurettiert wurde, trat am nächsten Tage ein Decubitus auf. Die Ursache liegt in dem schlechten Ernährungszustande der Gewebe. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ein seltener Fall von Alopecia traumatica, von M. Schein-Budapest. (*Bör-és Bujakórtan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 3.) Trebitsch beobachtete das Leiden ausschliefslich bei solchen Frauen, die die Grönländer Nationalfrisur getragen haben, niemals aber an solchen, die von ihrer Jugendzeit an europäischen Haartrachten den Vorzug gegeben haben. Diese Grönländer Haartracht besteht darin, dafs die Frauen ihr ganzes Haar auf dem Kopfscheitel in einem Knoten gebunden tragen. Die infolge der Haartracht auftretende Alopecie fiel auch Nansen auf, der sagt, dafs die Frauen ihr Haar so fest flechten, dafs infolgedessen mit der Zeit, in verhältnismäfsig jugendlichem Alter, kahle Flächen entstehen. Das ständige Anspannen der Haare führt zur Atrophie der Haarpapillen. Auch die Haut ist gespannt und wird schlechter ernährt, infolgedessen weniger Blut in die Papillen gelangt. Trebitsch ist es aufgefallen, dafs die Grönländer Männer keine Kahlköpfe haben, sie haben vielmehr ein dichtes, widerstandsfähiges, an Rofshaar erinnerndes Haar. Hierzulande werden gerade die Männer eher kahl. Trebitsch bringt diesen Umstand mit den geschlechtlichen Unterschieden der Schädel in Zusammenhang. Während hierzulande der Schädel der Männer stärker wächst, länglicher und breiter wird, haben die Grönländer Frauen einen verhältnismäfsig gröfseren Schädel als die dortigen Männer. Die Länge des männlichen Schädels bildet 11,86% der Körperlänge, die Länge des weiblichen Schädels dagegen macht 12,27% der Körperlänge aus. Die Breite des männlichen Schädels macht 9,17% der Körperlänge, die Breite des weiblichen Schädels 9,86% der Körperlänge aus. Alopecia traumatica ähnlichen Ursprungs kann man auch an Säuglingen beobachten, deren Haar in der Nackengegend infolge des vielen Liegens auszufallen pflegt. Auch das Haar der Frauen wird an Stellen lichter, wo Kämme, Perücken die Kopfhaut drücken, oder wo sie das Haar in Knoten pressen. Eine junge

Frau hatte in der parietalen Gegend um den Vertex auf drei umschriebenen Flächen viel lichteres und viel kürzeres Haar als anderwärts. Das Übel entstand in ihrer Mädchenzeit und besteht seit Jahren unverändert. Der rechtsseitige silberguldengroſse Fleck war der gröſste, der mittlere zweihellergroſse ist der kleinste. Die gebliebenen Haare waren 5—10 cm lang. Alopecia areata konnte deshalb ausgeschlossen werden, weil der Haarausfall auf den drei Stellen gleichmäſsig war, weil die gebliebenen oder nachgewachsenen Haare sich, was Farbe, Stärke, Verteilung betrifft, voneinander nicht unterscheiden, weil die Alopocie an den betreffenden Stellen niemals total war und seit mehreren Jahren unverändert besteht. Als Mädchen flocht sie das Haar auf dem Scheitel in einem engen Knoten und auch sie selbst ahnte, daſs der Haarausfall mit dieser Haartracht in Zusammenhang stehe. *Porosz-Budapest.*

Neurotische Entzündungen.

Über den Herpes der Haut und der Schleimhäute, von Ch. Pernet. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 41.) „Der Herpes ist eine spezifische, trophoneurotische Erkrankung, welche sowohl durch ihre Ursachen und deren Wirkung als durch ihre objektiven Charaktere gekennzeichnet ist. Die direkte Ursache des Herpes ist eine mikrobische Toxiinfektion, deren gewöhnlichster Erreger der Pneumococcus ist. Einige andere Erreger, wie der Meningococcus, vielleicht sogar der Malariaparasit und noch andere scheinen ihn auch hervorbringen zu können: die Erscheinungen, die sie hervorrufen, kennzeichnen Krankheitstypen, die mit dem Pneumokokkenherpes parallel gehen und sich nur durch den Erreger von ihm unterscheiden, ohne daſs ihnen die Klinik charakteristische Symptome finden könnte. Die anderen Ursachen, die man für den Herpes verantwortlich gemacht hat, prädisponieren bloſs den Organismus, dem Angriffe der Mikroben oder deren Toxine zu unterliegen: so erlauben die Erkältungen, die Gemütserregungen, die Verdauungsstörungen den Krankheitserregern ihren Angriff, sei es, daſs diese von auſsen eindringen (kontagiöser Herpes) oder bereits im Körper vorhanden sind (autochtoner Herpes).

Die kausale Toxiinfektion bringt zwei Wirkungen zustande: einerseits eine Nervenaffektion, andererseits einen Ausschlag. Diese beiden Wirkungen sind streng aneinander gebunden, sei es, daſs man die Eruption als einfache trophische der Nervenaffektion untergeordnete Störung ansieht, sei es, daſs man beide in gleichberechtigte Abhängigkeit von der spezifischen Toxiinfektion bringt." *Gunsett-Straſsburg.*

Herpes cutaneus recidivans, von Dubois-Havenith. (*La Policlinique.* 1911. Nr. 3.) Vorstellung eines 30jährigen Patienten, der seit seiner Kindheit, periodisch, in zwei-, drei- und viermonatlichen Intervallen Herpesausbrüche am Kinn bekam. *Gunsett-Straſsburg.*

Pharyngo-laryngealer Herpes, von Gabriel Higguet. (*La Policlinique.* 1911. Nr. 3.) Vorstellung eines 43jährigen Mannes, der unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen einen Ausbruch von Herpesbläschen auf dem weichen Gaumen und Pharynx sowie auf Epiglottis und rechtem Stimmband bekam. *Gunsett-Straſsburg.*

Essentieller rezidivierender Herpes der Haut, von Pautrier. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 23.) Neben den bekannteren rezidivierenden Herpesformen am Genitale, im Munde und während der Menstruation ist der an der Haut weniger beachtet. Sein Lieblingssitz sind die Nates und das Gesicht. Er tritt plötzlich oder nach prodromalen neuralgischen Schmerzen auf, seine ganze Evolution dauert etwa 14 Tage. Die Rezidive kommen in den verschiedensten Zwischenräumen. Sind sie häufig, so kann sich eine leichte Pigmentierung oder ein chronisches Ödem entwickeln. Die Ätiologie ist unbekannt. Bemerkenswert ist, daſs von den Befallenen viele an Migräne und

anderen nervösen Störungen leiden. Ebenso haben viele Gicht oder Neigung dazu. Behandlung besteht in milden Umschlägen und Salben, um Narben zu vermeiden. In den Intervallen eventuell Radiotherapie. Gleichzeitig mufs eine etwa bestehende Diathese bekämpft werden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ist Poliomyelitis die gleiche Krankheit wie Herpes zoster? von R. P. Garrow-Maryport. (*Brit. med. Journ.* 18. März 1911.) Während des Sommers 1910 fiel dem Verfasser ein gehäuftes Vorherrschen einesteils des im Norden von England nicht gerade seltenen Herpes zoster und anderenteils der dort sehr seltenen Poliomyelitis acuta auf. Er wirft die Frage auf, ob nicht möglicherweise beide Erkrankungsarten auf eine und dieselbe Noxe zurückzuführen sind, nur mit dem Unterschied der verschiedenen Lokalisierung, das eine Mal an den hinteren, das andere Mal an den vorderen Nervenwurzeln. Dabei beruft er sich auf eine Äufserung von H. Head, der auch auf das Analoge bei beiden Affektionen hingewiesen hat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes zoster mit pathologisch-anatomischen Veränderungen im Rückenmark, von Arent de Besche-Christiania. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. 21, Nr. 20.) Eine 52jährige Frau mit Herpes zoster lumbalis kam zur Autopsie; aufser den seit Bärensprung festgestellten entzündlichen Veränderungen in den der angegriffenen Hautpartie entsprechenden Spinalganglien fand der Verfasser ausgeprägt entzündliche Veränderungen in der grauen Substanz in den diesen Spinalganglien entsprechenden Segmenten des Rückenmarks. Nach ihrem Aussehen können die entzündlichen Veränderungen bis zu einem gewissen Grade mit den entzündlichen Veränderungen parallelisiert werden, welche sich bei Poliomyelitis acuta vorfinden.

Schourp-Danzig.

Herpes zoster und die Innervationssegmente des Rückenmarkes, von Lad. Haškovec-Prag. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Bei einem 60jährigen Manne war eine Herpeseruption genau in den Grenzen des 5. und 6. Dorsalsegments aufgetreten. Die Brustwarze lag in diesem Falle im Gebiete des 5. Segments.

Schourp-Danzig.

Zur Kenntnis des Herpes zoster generalisatus, von G. Nobl-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Bericht über einen in der Gesellschaft der Ärzte in Wien vorgestellten Fall; es handelt sich um einen rüstigen 74jährigen Mann, bei dem die im Bereich des Gesichts, am Hals, dem Stamm und den Oberschenkeln verstreuten Bläschen mit abortiven Erythemknötchen untermischt waren und hier und da hämorrhagische und gangränöse Veränderungen eingetreten waren. *W. Lehmann-Stettin.*

Zoster mit multiplen Lokalisationen und zosterische Immunisierung, von H. Gougerot und H. Salin. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 131.) Nach der Ansicht Landouzys ist der Herpes zoster eine spezifische Infektionskrankheit, welche Immunität verleiht. Zwar sind seine Elemente immer auf ein Nervengebiet lokalisiert und multiple oder gar generalisierte Formen gehören zu den Ausnahmen, trotzdem sprechen aber besonders die Allgemeinerscheinungen, welche den Ausbruch des Herpes zoster begleiten, dafür dafs es sich um eine Allgemeinerkrankung handelt. Warum bleibt nun der Zoster gewöhnlich auf ein Nervengebiet lokalisiert? Die Verfasser glauben diesen scheinbaren Widerspruch durch die Annahme einer progressiven Autoimmunisierung erklären zu können. Zur Erhärtung dieser Annahmen führen sie an, dafs in den seltenen Fällen, in denen mehrere Schübe in wenigen Tagen Intervall auftreten, immer der zweite und dritte Schub von viel geringerer Intensität ist. Sie teilen zur Illustrierung einen selbst beobachteten Fall mit. Es trat zuerst unter lebhafter Fieberbewegung ein intensiver Zoster am Knie, Oberschenkel und der Glutäalgegend (Wurzelgebiet des 3. Lumbalnerven rechts) auf. Fünf Tage später erschien unter viel geringeren

Allgemeinerscheinungen ein viel schwächerer Schub, der die obere Extremität, und zwar das Wurzelgebiet von Cervicalis VIII und Dorsalis I betraf. Während es sich im ersten Schub um sehr stark entzündliche Plaques mit bullösen Vesikeln handelte, zeigten sich das zweite Mal nur kleine, leicht rosa gefärbte Stellen mit kleinen Vesikeln. Aufser diesem Fall erwähnen die Verfasser noch einen zweiten ähnlichen. Bei einem 40jährigen Kranken trat zuerst ein konfluierender lumbo-abdominaler Zoster auf, dem acht Tage später ein generalisierter Ausbruch nur spärlich auftretender Vesikel folgte.

Nach Analogie mit anderen Infektionskrankheiten (Variola) glauben die Verfasser, dafs es sich beim Zoster nicht um eine sofort eintretende, sondern um eine progressiv sich ausbildende Immunität handelt. Doch mufs diese Immunisierung ziemlich schnell vor sich gehen, denn nur eine rapide Autoimmunisierung des Kranken erklärt, dafs die Infektion nicht auch die anderen Wurzeln befällt und auf derjenigen lokalisiert bleibt, welche sie zuerst befallen hat. Ist die Immunität noch nicht vollständig und setzt dann eine neue Ausbreitung der Infektion ein, so kommt es zu einem zweiten, aber attenuierten Ausbruch. Ferner zwingt der Umstand, dafs bei einem zweiten Schub immer weit entfernte Wurzelgebiete ergriffen werden, zu der Annahme, dafs die Autoimmunisierung anfangs lokal ist und sich progressiv vom ersten Nervengebiet auf die benachbarten ausdehnt. Breitet sich dann die Infektion erneut aus, so findet sie in der Umgebung der erstbefallenen Nervenwurzel immunisierte Gebiete und kann erst in entfernteren Nervenbezirken Angriffspunkte finden. *Gunsett-Strafsburg.*

Herpes zoster nach Salvarsan-Injektion, von Bettmann-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Im Anschlufs an Salvarsan-Injektionen kann, wie das B. in zwei Fällen beobachtet hat, ein Herpes zoster zum Ausbruch kommen. Dieses Vorkommnis steht in guter Übereinstimmung mit allem, was wir bisher über den Herpes zoster arsenicalis wissen, und läfst auf gewisse organotrope Wirkungen des neuen Heilmittels schliefsen. Auch ein einfacher Herpes simplex stellt sich — anscheinend ziemlich häufig — nach Salvarsan-Injektion ein. Er hat insofern praktische Bedeutung, als bei gewissen Lokalisationen, z. B. in der Mundhöhle oder an den Genitalien, eine Verwechslung mit spezifischen Manifestationen vorkommen kann.

Götz-München.

Arsenzoster nach intravenöser Salvarsan-Injektion, von Ludwig Meyer-Berlin. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 3.) Der Herpes zoster entstand sieben Tage nach intravenöser Injektion von 0,3 Salvarsan. Verfasser schliefst hieraus, dafs bei intravenöser Applikation die Ausscheidung noch nicht nach drei Tagen, wie man bisher annahm, beendet ist, und ferner, dafs dem Salvarsan eine neurotrope Wirkung zukommt.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein Versuch, Schwangerschaftstoxikosen durch Einspritzungen von Schwangerschaftsserum zu heilen, von A. Mayer und Linser-Tübingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Bei dem hier berichteten interessanten Versuch, der allerdings zur vollen Zufriedenheit auch gelang, handelte es sich um einen schweren Fall von Herpes gestationis bei einer II-para. Diese, seit drei Jahren verheiratet, hatte bei ihrer ersten Gravidität etwa im siebenten Monat angeblich im Anschlufs an die gleiche Krankheit unter Fiebererscheinungen abortiert, worauf die Hautläsionen im Laufe von etwa 14 Tagen verschwanden. Bei der nunmehrigen zweiten Schwangerschaft traten die cutanen Erscheinungen mit Jucken und Pustelbildung schon Ende des fünften Monats der Gravidität zunächst an den Extremitäten und dann sich über den ganzen Körper ausbreitend hervor, und der Gesamtzustand nahm eine äufserst bedrohliche Form an. Nach vergeblicher sonstiger Behandlung wurden Injektionen von Serum von gesunden Schwangeren in Dosen von 10 und 20 ccm intravenös gegeben. Der Erfolg war in jeder Beziehung eklatant. Die Patientin wurde gesund nach Hause

entlassen, kehrte allerdings etwa fünf Wochen später mit einem leichten Rezidiv wieder. Auf eine nochmalige Injektion von 20 ccm schwanden alle Beschwerden, und die Schwangerschaft endete ohne weitere Störung mit einer normalen Entbindung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erythema multiforme mit Lungen- und Herzkomplikationen, von Teissier und Schaeffer. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 42.) Bei einem jungen Mädchen, das mit allgemeinen fieberhaften Erscheinungen erkrankte, trat ein multiformes Erythem auf. Anfänglich war es von bullösem Charakter, die Nachschübe waren maculo-papulös. Im Verlaufe dieses Erythems trat beiderseitige Pleuropneumonie und Endocarditis auf.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über sogenannte Zahnpocken, von Max Reber-Basel. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* Bd. 39, Nr. 15.) Die Krankheit ist mit Urticaria und mit Prurigo Hebrae nahe verwandt, darf aber wohl vorläufig noch immer als eine Krankheit sui generis aufgefafst werden. Die Brocrsche Bezeichnung Prurigo simplex kennzeichnet die Knötchenbildung und das Jucken. Die Benennung Prurigo ist um so mehr berechtigt, als die Affektion in die chronische Prurigo übergehen kann und dieselben Prädilektionsstellen aufweist wie die Prurigo Hebrae. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Varicellen, Insektenstiche, Urticaria; die eigentliche Ursache der Krankheit ist unbekannt; in gewissen Fällen kann ein Zusammenhang mit Vorgängen im Magendarmkanal nicht geleugnet werden. Die Affektion heilt gewöhnlich in 8 bis 14 Tagen von selbst ab; eine innerliche Behandlung ist meist nutzlos, die lokale ist symptomatisch und vorwiegend gegen den Juckreiz gerichtet. *Schourp-Danzig.*

Dermatitis herpetiformis im frühen Kindesalter, von R. L. Sutton-Kansas City. (*Amer. Journ. med. scienc.* Nov. 1910.) Nebst einer recht ausgiebigen Berücksichtigung der einschlägigen Literatur bringt dieser Artikel einen klinischen Bericht und Abbildung eines herpetiformen Ausschlags bei einem 3½jährigen Knaben. Die Affektion hatte schon im neunten Lebensmonate sich zuerst gezeigt, war zeitweilig wieder verschwunden, doch dauerten diese Ruhepausen nicht sehr lange. Es bestanden am Rumpf und gelegentlich an den Extremitäten etwa 10 bis 20 derbe, rötliche Erhebungen von vielleicht Markstückgröfse, auf denen mehrere minimale, mit einer widerstandsfähigen Membran bekleidete Bläschen aufsitzen. Von früheren Attacken waren zahlreiche winzige Narben und an manchen Stellen ausgedehntere Pigmentierungen zurückgeblieben. Das Gesicht war völlig verschont geblieben. Die Darreichung von Schilddrüsenextrakt in Dosen von 0,01 scheint gut gewirkt zu haben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Versuch von Nervenanastomosen für Mal perforant, Klumpfufs und Ulcus varicosum, von Mauclaire. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 113.) Mauclaire heilte zwei Fälle von Mal perforant, indem er den Nervus poplitaeus externus und internus durch Anastrmosen verband. Bei Ulcus varicosum wird der Nervus saphenus interum bei seinem Abgang am Cruralis abgetrennt und weiter oben an den Cruralis selber wieder anastomisiert. Die chirurgischen Details der Operationen müssen im Original nachgelesen werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Akute Exantheme.

Vorläufiger Bericht über eine statistische Bearbeitung von über 32000 Scharlachfällen, von A. K. Sallom-Philadelphia. (*Med. Record.* 10. Dez. 1910.) Die Bearbeitung gründet sich auf die offiziellen Berichte der städtischen Gesundheitsbehörde Philadelphias aus den letzten zwölf Jahren. Der Bericht hebt besonders hervor, dafs ein bis jetzt anscheinend noch nicht wahrgenommener Einflufs der Jahres-

zeit auf die Häufigkeit des Scharlachs aus den Listen erkennbar ist. Die gröfste Verbreitung findet der Scharlach im Mai, fällt dann dauernd bis Juli und steigt dann wieder bis Dezember; während der kalten Monate schwankt die Häufigkeit, bleibt aber immer auf gewisser Höhe. *W. Lehmann-Stettin.*

Das Scharlachfieber und seine Komplikationen, von H. Lüdke-Würzburg. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 4.) Ausführlicher klinischer Vortrag. *Arthur Schucht-Danzig.*

Atypische Scharlachfälle, von E. Grätzer-Friedenau-Berlin. (*Medico.* 1911. Nr. 13.) Das Prodromalstadium kann fehlen und die Krankheit unter nervösen Erscheinungen einsetzen (epileptiforme Zustände). Sodann wird auf die Möglichkeit hingewiesen, dafs das Exanthem fehlen und dabei ein sehr schwerer Krankheitszustand bestehen kann; die Angina kann fehlen oder andererseits ganz das Krankheitsbild beherrschen. Ferner kann Ikterus, Myositis u. a. im Verlauf auftreten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Scarlatina maligna, von A. Gregory-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 23. Juli 1910.) In einer Familie von sieben Kindern erkrankten sechs im Alter von 2 bis 16 Jahren; zwei von ihnen im Alter von 9 bzw. 11 Jahren erlagen im Laufe von ein bis zwei Tagen, ehe ein Exanthem sichtbar geworden war. Ein drittes Kind zeigte sehr schwere Erscheinungen, gelangte aber schliefslich zur Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Scarlatina maligna, von T. Drapes-Enniscorthy. (*Brit. med. Journ.* 3. Dez. 1910.) Ein junges Mädchen bot an den ersten zwei Tagen ihrer später erst als Scharlach erkennbar werdenden Erkrankung schwerste Gehirnsymptome mit Delirium, Coma und intensiver Herzschwäche dar. Auf das energische Begiefsen des kahlgeschorenen Kopfes mit kaltem Wasser trat eine entschiedene Wendung ein; am dritten Krankheitstage entwickelte sich ein typisches Scharlachexanthem nebst Angina unter Abfall der anfangs auf 40,8° C gestiegenen Temperatur und das Leiden nahm einen typischen schnellen Verlauf bis zur völligen Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Scharlach und dessen Weiterverbreitung, von Heinrich Kokall-Brünn. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Die schon vor Auftreten des Exanthems einsetzenden Veränderungen an der Mundschleimhaut und an den Tonsillen bei Masern und Scharlach weisen auf die Mundhöhle als gewöhnliche Eingangspforte für die Erreger dieser Krankheit hin. Dafs auch eine Aussaat der Erreger vorwiegend aus und durch die Mundhöhle heraus stattfinden müsse, geht für K. aus den praktischen Erfahrungen hervor. Aus einer Reihe praktischer Beobachtungen möchte er weiterhin den Schlufs ziehen, dafs die Übertragung von Krankheitserregern nicht nur im Stadium der akuten Erscheinungen statthat, sondern noch längere Zeit auch in der Rekonvaleszenz fortdauert. Verfasser hält darum die bisherigen Desinfektionsmethoden bei Scharlach für überflüssig und zwecklos und plädiert für regelmäfsige und fortgesetzte Desinfektion der Mundhöhle der Erkrankten und der erkrankt Gewesenen. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Übertragung von Scharlach, von T. Hunter-Moradabad. (*Lancet.* 18. Jan. 1910.) Ein Forstbeamter in einer abgelegenen Niederlassung in Indien erkrankte mit typischer Scarlatina. Als Modus der Infektion wird angegeben, dafs der Patient acht Tage zuvor einen Brief aus Schottland erhalten hatte. Der Schreiber desselben war war ein Knabe, der wegen Auftretens von Scharlach in der Schule in England, wo er als Pensionär bislang gewesen war, nach Hause geschickt worden war. Er selbst scheint keine Krankheitserscheinungen dargeboten zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine immunisierende Subinfektion bei Scharlach, von A. D. Edwards-Bournemouth. (*Brit. med. Journ.* 30. April 1910.) Verfasser hat als Schularzt viele Fälle von anscheinend leichter Angina gesehen, gelegentlich auch verbunden mit den Erscheinungen der „weifsen" und der „roten Erdbeerzunge", bei denen er nachträglich eine Immunität gegen weitere Scharlachinfektion mehrere Jahre hindurch nachweisen konnte. Er meint, dafs man im allgemeinen nicht scharf genug auf derartige leichte Erkrankungen, die bekanntlich bei weiterer Übertragung in die schweren Formen ausarten können, achtgibt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein neues diagnostisches Zeichen der Scarlatina. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 133.) Es handelt sich um einen von Pastia beobachteten, linearen, zusammenhängenden, äufserst intensiven roten Streifen, der in der Ellenbeuge lokalisiert ist. Gewöhnlich existieren zwei bis vier derartiger Striche, zwischen denen ein viel weniger intensives Exanthem besteht, das mit dem übrigen Scarlatinaexanthem identisch ist. Dieses Zeichen erscheint schon sehr früh, schon zu Beginn der Ausbruchperiode, und persistiert unter der Form einer intensiven linearen Pigmentierung lange Zeit. Selten trifft man das Symptom in der Achsel. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Bestätigung des Rumpel-Leedeschen Phänomens bei Scharlach, von Bennecke-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 14.) Verfasser hat ebenso wie Rumpel bei dem Vorgang der Blutentnahme das Auftreten von kleinen Hämorrhagien an der Ellenbeuge bei Scharlachkranken wiederholt konstatiert und hat auch hierüber in seiner Arbeit über „Die Leukocytose bei Scharlach" berichtet. Er bestätigt demgemäfs die Tatsache, dafs bei Scharlach derartige kleinere Hautblutungen so sehr die Regel bilden, dafs ihr Fehlen die Diagnose Scharlach zum mindesten höchst unwahrscheinlich erscheinen läfst. Andererseits können ganz analoge Läsionen auch bei anderen Krankheiten vorkommen, so z. B. gelegentlich bei Masern und auch, wie er an zwei Fällen beobachtet hat, bei Nephritikern mit sehr hohem Blutdruck. Die histologischen Verhältnisse hat B. durch eine Biopsie bei einer am sechsten Krankheitstage befindlichen 23jährigen Scharlachkranken studieren können. Es handelt sich in der Tat um verschieden grofse, im Corium mehr oder weniger nahe am Epithel gelagerte und meist in der Nähe der Kapillaren und kleinsten Gefäfse gruppierte Blutextravasate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vorläufiger Bericht über den Wert frühzeitiger bakteriologischer Untersuchung des Sekretes des hinteren Nasenrachenraumes bei Scharlach, von E. C. Schultze-New York. (*Med. Record.* 10. Dez. 1910.) Genaue Untersuchungen, die sich über einen Zeitraum von mehr als drei Jahren erstrecken, haben Schultze davon überzeugt, dafs die Infektionsgefahr bei Scharlach nichts mit der Desquamation zu tun hat, sondern mit dem Sekrete der Nase, des Kehlkopfes, ganz besonders aber des hinteren Nasenrachenraumes. Eine gewisse praktische Probe darauf war, dafs fleifsige Nasen- und Munddesinfektion in manchen Familien, in denen ein Kind erkrankt war, die Erkrankung von anderen Familienmitgliedern ferngehalten hat.

Ein dem Klebs-Loefflerschen Coccus ähnlicher Diplococcus, der sich auffallend stark mit Loefflers alkalischer Methylenblaulösung färbte, hat sich in einer sehr grofsen Zahl von sicheren Scharlachfällen gefunden, wurde dagegen meist vermifst in Fällen, die nach anfänglich falscher Diagnose Scharlach als Erythema infectiosum angesehen werden mufsten. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Unterschiede zwischen septischen und Scharlachstreptokokken, von Schleissner und Spaet. (*Fortschr. d. Med.* Bd. 28, Nr. 48.) Die Untersuchungen ergeben, dafs in bakteriziden Plattenversuchen die Scharlachstreptokokken ein von den Streptokokken anderer Herkunft abweichendes Verhalten zeigen. Während die letzteren im Gemisch von Kaninchenleukocytoae und aktivem Serum eine starke Vermehrung

aufweisen, werden die Scharlachstreptokokken unter den gleichen Bedingungen ganz oder wenigstens zum gröfsten Teil abgetötet. *Haas-Hamburg.*

Über gleichzeitige Erkrankung an Scharlach und Abdominaltyphus, von Meissner-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 13.) Im Eppendorfer Krankenhaus hat Verfasser zwei Fälle beobachtet, von denen, wie die mitgeteilten, ziemlich detaillierten Krankengeschichten dokumentieren, der eine mit Zuverlässigkeit, der andere möglicherweise als ein gleichzeitiges Vorhandensein beider Krankheiten anzusehen ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Fall von schwerer Scarlatina mit nachheriger Entwicklung von multiplen Abscessen, von R. J. Chapman-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 3. Dez. 1910.) Bei einem dreijährigen, gut genährten Knaben, der mit typischem Scharlachausschlag und intensiven anginösen Erscheinungen aufgenommen worden war, entwickelten sich während der Rekonvaleszenz gröfsere Abscesse an verschiedenen Stellen des Körpers. Im Eiter fand man Streptokokken fast in Reinkultur. Genesung erfolgte erst, als man eine Vaccine von den Kokken herstellte und zunächst 25 Millionen und neun Tage später 75 Millionen injizierte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Myocarditis und plötzlicher Tod im Verlauf der Scarlatina, von E. Weill und G. Mouriquand-Lyon. (*Presse méd.* 1911. Nr. 3.) Bei einem 19jährigen Kranken mit von vornherein sehr schwer verlaufender Scarlatina wurden schon klinisch deutliche Zeichen von Myocarditis festgestellt, die nach dem plötzlich in einem Ohnmachtsanfall eingetretenen Tode auch in der Autopsie nachgewiesen wurde. Es handelte sich um eine Dissoziation der Myokardfasern durch intensive Leukocyteninfiltration, Läsionen einer akuten Myocarditis, welche den plötzlichen Tod herbeiführten.

Gunsett-Strafsburg.

Das klinische Verhalten der Leber bei Scharlach, von W. Hildebrandt-Freiburg i. Br. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Bereits bei früherer Gelegenheit hat Verfasser auf das relativ häufige Auftreten einer starken Urobilinurie bei Scharlach hingewiesen; er ergänzt seine Mitteilungen durch neuerliche Beobachtungen, denen zufolge die Ausscheidung des Urobilins fast konform dem Fieber steigt und fällt und als Zeichen einer parenchymatösen Hepatitis aufzufassen wäre. Es sei demnach die Auffassung begründet, dafs Scharlach eine Ursache für Lebercirrhose abgeben kann, ebenso wie die Nephritis als Wirkung des Scharlachgiftes anerkannt ist. Auch glaubt H. die Urobilinurie als differentialdiagnostisches Merkmal für die Scarlatina verwerten zu können; bei den anderen exanthematischen Erkrankungen trete die Urobilinurie niemals so prononziert hervor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Die Verwendung von Jod zur Sterilisierung der Haut bei Operationen, von W. Evans-London. (*Lancet.* 7. Jan. 1911.) Im allgemeinen genügt nach E.s Erfahrungen eine Lösung in der Stärke von 1 : 80, und es kann auch in den meisten Fällen ein einmaliges Einpinseln als genügend bezeichnet werden. Behaarte Teile werden zunächst mit der Schere möglichst kurz geschoren und nach Einleitung der Narkose wird mit einem sehr scharfen Sicherheitsrasiermesser trocken rasiert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. №. 2. 15. Juli 1911.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kaiserlichen Universität in Moskau. Direktor Prof. Dr. A. J. Pospelow.

Weitere Beobachtungen über die Anwendung des Salvarsans bei Syphilis.

Von

Dr. N. A. Tschernogubow.

Mitgeteilt am 27. März 1911 in einer Sitzung der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft.

Als Ausgangsmaterial zu vorliegender Arbeit haben uns unsere eigenen Beobachtungen im Laufe von beinahe acht Monaten über die Anwendung des Salvarsans bei Syphilis gedient. Die Arbeitsbedingungen waren während dieser langen Zeit nicht immer günstig. Einen Monat lang wurden die Beobachtungen vor der Wiedereröffnung der Klinik, vier Monate mit einer sehr geringen Menge von Präparaten „Salvarsan“ ausgeführt; schliefst man noch die Zeit der Weihnachtsferien aus, so bleiben nur zwei Monate übrig, während denen unsere Beobachtungen planmäfsiger ausgeführt werden konnten. Auch die Verschiedenartigkeit unseres Materials darf nicht aufser acht gelassen werden — dasselbe wurde ja zum Zweck des klinischen Unterrichts ausgewählt —, sowie auch die Unvollständigkeit unserer Beobachtungen, insbesondere bei den intravenösen Infusionen, da die Kranken, die sich nach der Operation bald erholten und ihre Kur für beendigt ansahen, sich beeilten, der lästigen Beobachtung zu entgehen und die Klinik zu verlassen. Infolgedessen beobachteten wir 42% der mittels intravenöser Infusionen Behandelten weniger als eine Woche, 31% unter zwei Wochen und nur 27% über zwei Wochen. Unter solchen Umständen haben unsere Beobachtungen nur unvollständig sein und unsere Schlüsse nur beziehungsweise gezogen werden können; bestimmter sind diese nur in bezug auf die Technik der Salvarsanisation.

Salvarsan wurde von uns in 109 Fällen angewandt.

Subcutane Injektion der neutralen Suspension wurde in 15 Fällen vorgenommen [2 Fälle primärer Syphilis, 5 Fälle frischer sekundärer,

1 Fall rezidiver sekundärer, 4 Fälle tertiärer; bei 2 Parasyphilitikern, 1 Aussätzigen (erfolglos)][1]; intramuskuläre Injektion der sauren Lösung: in 1 Fall tertiärer Syphilis (in 2 anderen Fällen tertiärer Syphilis wurde dieses Verfahren nicht von mir angewandt); intramuskuläre Injektion der alkalischen Lösung nach ALT: in 6 Fällen (in drei Fällen tertiärer Syphilis, 1 frühen latenten Fall und 2 malignen).[2] Die übrigen Versuche wurden mit intravenösen Infusionen ausgeführt: bei 4 Nichtsyphilitikern (Ulcus molle, Mykosis fungoides, Lichen ruber planus und Skrophuloderma ulcerosum), in 7 Fällen primärer Syphilis, in 23 Fällen frischer sekundärer, in 21 Fällen sekundärer rezidiver, in 6 Fällen früher latenter, in 7 Fällen später latenter, 1 Fall maligner, 14 tertiärer Syphilis und bei 1 Parasyphilitiker. Die Resultate der Versuche mit den Suspensionen und alkalischen Lösungen wurden von uns zu seiner Zeit der Gesellschaft mitgeteilt und veröffentlicht[3], und werden wir uns nur bei unseren intravenösen Infusionen aufhalten.

Die Primäraffekte (14 Fälle) heilten 3—4 Tage nach der Infusion (mit Suspensionen in 5—7 Tagen); die Spirochäten, welche vor der Infusion in 5 Fällen gefunden worden waren, waren nach 24 Stunden verschwunden (in 3 mit Suspensionen behandelten Fällen verschwanden die Spirochäten in 1, 2 und 3 Tagen).

Auf scharf ausgesprochene Sklerose übten die Infusionen eine unbedeutende Wirkung aus. Von 17 Fällen, die im Laufe von einer Woche (10 Fälle) und längere Zeit (7 Fälle) beobachtet wurden, konnte Resorption der Sklerose gegen den 8. Tag nur in 4 Fällen beobachtet werden und auch nur bei nicht starker Induration vor der Infusion. In anderen Fällen (vermerkt in 6) schwand die Sklerose bis auf $^3/_4$—$^2/_3$ ihres anfänglichen Volumens, nach zwei Wochen sogar bis zur Hälfte (5 Fälle von 7, die zwei Wochen und länger beobachtet wurden).

Makulöses Syphilid (19 Fälle — in 6 Fällen dauerte die Beobachtung weniger als eine Woche) verschwand nach 4—5—6 Tagen (mit der Suspension — 3 Fälle — nach 6—10 Tagen).

Papulöses Syphilid (18 Fälle — in 4 Fällen hatte die Beobachtung weniger als 8 Tage gedauert) wurde in 4—5—6 Tagen resorbiert, und die Hyperämie verschwand gegen den 10.—12.—15. Tag (bei der Suspension fand ersteres nach 12—15 Tagen — 4 Fälle —, letzteres nach 20—25 Tagen statt). Die hypertrophischen Papulae (5 Fälle) resorbierten sich später, ungefähr gegen den 10.—12. Tag. In demselben Zeitraum fand auch die Resorption des Infiltrats bei pustulösen Ausschlägen (frischen,

[1] In zwei Fällen als Vervollständigung der venösen Infusion.

[2] In vier Fällen als vervollständigende Dosis zu intravenösen Infusionen.

[3] *Russische Zeitschrift f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten.* 1910. Nr. 10.

oberflächlichen — 5 Fälle) statt. Die Borken von Impetigines capillitii (5 Fälle) fielen nach 3—5 Tagen ab.

Tertiäre Ulcera (späte, tiefe — 6 Fälle — alle Beobachtungen dauerten über 8 Tage) reinigten sich nach 4—5 Tagen, vernarbten nach 10—15 Tagen (mit Suspensionen beobachteten wir die Nichtheilung eines kleinen gummösen Geschwürs im Laufe von zwei Monaten, bei alkalischen Lösungen — 4 Fälle — war die Reinigung des Geschwürs den 5.—6. Tag, die volle Heilung den 20. Tag beendet).

Die Papulae mucosae (14 Fälle) verschwanden in 2—3—4 Tagen[4] (beim subcutanen und intravenösen Verfahren im Laufe von 5—7—10 Tagen).

Der Schmerz im Gebiet später Periostitis (5 Fälle) schwand sehr bald (gewöhnlich nach 1—2 Tagen), ziemlich schnell verging die Schmerzhaftigkeit (nach 5—10 Tagen) und etwas später die Schwellung (gegen den 15. Tag)[5].

Die Drüsenschwellung [es wurden hauptsächlich die Veränderungen der lokalen, am stärksten geschwollenen Drüsen in Betracht gezogen, ungefähr in der Hälfte der Fälle (40)] verminderte sich zuweilen schon nach 3 Tagen um $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ ihres Volumens (14 Fälle); in andern Fällen (13) konnte man eine solche Veränderung nach 8 Tagen gewahren, in deren Verlauf die Schwellung in den Fällen ersten Grades ungefähr um $\frac{1}{3}$ ihres anfänglichen Volumens kleiner wurde und in einzelnen Fällen (3 Beobachtungen) hatte sich das Volumen der Drüsen nach zwei Wochen um die Hälfte vermindert. Diese Beobachtungen haben eine beschränkte Bedeutung, da es sehr schwer ist, die Volumveränderung der Drüsen zu bestimmen.

Die Wassermannsche Reaktion wurde in allen Fällen erprobt, aufser 16 Fälle, die nicht von mir beobachtet wurden. Leider gelang es bei 31 Kranken, da die Zeit zu kurz zugemessen war, nur einmal das Blut zu untersuchen, bei den meisten der übrigen zweimal, und nur bei einzelnen (9 Patienten) dreimal und mehr. Zwei Wochen nach der Infusion war die Reaktion in 1 Fall schwächer geworden (um 2 + +), in 24 Fällen unverändert geblieben, in 4 Fällen stärker geworden. Nach ein bis zwei Monaten war sie unverändert in 8 Fällen, schwächer geworden (um 1 +, 2 + +) in 5 Fällen und in 3 Fällen aus einer scharf positiven eine scharf negative geworden. Diese Resultate sind wenig erfreulich, aber bei der geringen Anzahl der wiederholten Untersuchungen, dabei in kurzen Zwischenräumen (nach zwei Wochen) nicht erstaunlich. Aufserdem gibt die Technik der Wassermannschen Reaktion sehr wenig Anhaltspunkte für die quantitative Vergleichung zu verschiedenen Zeiten gemachter Bestimmungen.

[4] Eine hypertrophische papulöse Angina verschwand nach 7 Tagen.

[5] In einem Fall von früher Periostitis verging die Schmerzhaftigkeit den 4. Tag, die Geschwulst den 8. Tag.

Unsere Beobachtungen in bezug auf die Ausscheidung des Arsens sind noch nicht beendigt, aber in einigen Fällen (3) gelang es uns, das Arsen bis zum 20. Tage nach der Infusion zu bestimmen (200 ccm Urin wurden auf dem Wasserbade mit rauchender Salpetersäure oxydiert, diese durch Schwefelsäure verdrängt, und das Arsen im weiteren nach Marsch bestimmt).

Das Gewicht und Selbstbefinden der Kranken besserte sich fast ohne Ausnahme (das Gewicht stieg meist um 2—3 Pfund im Laufe von zwei Wochen, Maximum 12 Pfund, bei Suspensionen um 3 bis 5 Pfund in derselben Zeitperiode, Maximum 11). Nur in 2 Fällen latenter Syphilis (1 Fäll mit Folgen nach Rückenmarkstörungen bei negativer Wassermannscher Reaktion und 1 Fall Syphilophobie mit Wassermannscher Reaktion + + +) konnten ungefähr zwei Wochen nach der Infusion eine gewisse Verschlechterung der Ernährung und psychasthenische Symptome beobachtet werden.

Die eingeleiteten Versuche haben unzweifelhafte starke spezifische antisyphilitische Eigenschaften des Salvarsans dargetan, um so bemerkenswerter, als bei keinem Nichtsyphilitiker, sogar in den Fällen, wo wir gewohnt sind, von der Arsentherapie günstige Resultate zu beobachten (Lichen ruber planus, Skrophuloderma) eine namhafte Besserung der krankhaften Erscheinungen erfolgte. Diese Eigentümlichkeit im Verein mit der mannigfachen Einwirkung des von uns in allen Stadien und in den verschiedensten Kundgebungen dieser Krankheit mit unfehlbarer Wirksamkeit angewandten Salvarsans läſst dessen Heilkraft bei der Syphilis für eine sehr hohe ansehen.

Obgleich die Geschwindigkeit der Wirkung des Salvarsans bei allen Einführungsmethoden desselben in den Körper beinahe dieselbe ist (sie ist eine sehr hohe), so gewahrt man dessen gröſste bzw. vollste Wirkung unzweifelhaft bei der intravenösen Infusion.

Dabei waren die Nebenwirkungen der intravenösen Infusion des Salvarsans verhältnismäſsig nicht groſs. 1—3 Stunden nach der Infusion stellte sich gewöhnlich ein mehr oder weniger starkes Frösteln, welches 1—1½ Stunden dauerte, ein, dann stieg die Temperatur, welche ihr Maximum (meist gegen 39°) 4—5 Stunden nach der Infusion erreichte, um in den meisten Fällen (58%) nach 15—20 Stunden bis zur Norm zu fallen; selten hielt sich die Temperatur auf einer mäſsigen Höhe (gewöhnlich 37,2—37,3°) noch 1 oder 2 Tage, noch seltener länger (in 2 Fällen 17 Tage). In 4 Fällen stieg die Temperatur nach kurzem anfänglichen Fieber ungefähr am 7. Tage wieder bis 37,5—38° und höher und blieb auf dieser Höhe 3—4 (Maximum 10) Tage. Fast die Hälfte der Kranken hatte ungefähr 3 Stunden nach der Infusion leichtes Erbrechen 1—2—3 mal in 2—4 Stunden, gewöhnlich Galle (vor

der Infusion wurde den Kranken kein Mittagessen verabreicht); in 2 Fällen war das Erbrechen sehr stark (mehr als 10mal im Laufe von 3 Stunden) und rief in einem Falle (bei einem Neurastheniker) kurzen Kollaps hervor. Ungefähr bei $^{1}/_{3}$ der Patienten fand 3 Stunden nach der Infusion reichlicher, flüssiger, doch schmerzloser Stuhlgang statt. Seltener (6 Fälle) beobachteten wir Obstipation 1—2 Tage lang. Kopfschmerzen waren ziemlich häufige Erscheinungen ($^{1}/_{4}$ der Beobachtungen) in den ersten 12—20 Stunden nach der Infusion und in manchen Fällen, und es scheint, dafs sie gerade dort, wo sich wenig Symptome seitens des Darmkanals kundgaben, einen sehr hohen Grad erreichten. In einem Fall zeigte sich ein scharlachartiger Ausschlag am nächsten Tage und hielt sich 24 Stunden lang; in einem andern wurde ein masernartiger Ausschlag am Ellenbogen (zugleich mit dem Wiedereintritt von Fieber und Durchfall) beobachtet. In allen Fällen beobachtete man eine mehr oder weniger starke JANSCH-HERXHEIMERsche Reaktion, die ungefähr 3 Stunden nach der Infusion auftrat, am nächsten Morgen zuweilen schon verschwunden war und daher leicht übersehen werden konnte. Da die von uns angewandte Dosis fast immer 0,6 betrug, so dürfte diese Reaktion kaum als eine Kundgebung der Unzulänglichkeit der Dosis angesehen werden; sie bestätigt vielmehr die Voraussetzung von den kräftigen spezifischen Eigenschaften des Salvarsans (Reaktion auf die durch die Spirochäten zerstörten Endotoxine). Bemerkenswert ist, dafs bei den Nichtsyphilitikern, den latenten Syphilitikern, besonders bei negativer WASSERMANNscher Reaktion, und bei den Parasyphilitikern alle Reaktionserscheinungen sehr schwach waren, zuweilen ganz fehlten. Fügt man hinzu, dafs das Salvarsan in unsern Versuchen kein einziges Mal die Funktion eines so zarten Organs, wie die Nieren sind, gestört hat (sogar in einem Fall von Albuminurie, wo nach der Infusion die Eiweifsmenge nicht im geringsten zunahm), so dürfen dessen giftige Eigenschaften für sehr schwach angesehen werden.

Was die Technik der Anwendung des Salvarsans anbetrifft, so bedienen wir uns längst nur des venösen Verfahrens, welches wirksamer ist und weniger scharf ausgeprägte Nebenerscheinungen zur Folge hat.

Mit Suspensionen erhielten wir stets lange dauernde, oft sehr grofse, häufig zu seröser Erweichung (nachfolgende Fluktuation!), Eiterung und sogar Gangräne geneigte Infiltrate. In einem Fall bildete sich nach der subcutanen Anwendung von 0,5 des Salvarsans, als Suspension nach WECHSELMANN, gegen den 10. Tag an der Injektionsstelle eine 15×15 cm grofse fluktuierende Cyste; bei der Punktion dieser am 18. Tage trat eine bräunlichgelbe seröse Flüssigkeit heraus, aus welcher ein seinen Lösungsreaktionen nach dem Salvarsan ähnliches gelbliches Pulver sich ausschied. Nach der Operation fing die Resorption der Geschwulst an, und der Kranke verliefs die Klinik und reiste nach Hause. Ungefähr zwei Monate

nach der Injektion stellten sich Eiterungssymptome der Geschwulst ein (lokale Entzündungserscheinungen, hektisches Fieber); dieselbe wurde an Ort und Stelle im Krankenhaus geöffnet und etwas Eiter herausbefördert; nach dieser Operation heilte die Schnittwunde nicht, und als wir den Kranken zu Gesicht bekamen (zwei Monate nach der Eröffnung der Geschwulst), waren an der Einstichstelle zwei $1^1/_2$ cm grofse Geschwüre mit schwarzem gangränösen Gewebe am Boden und frisches papulo-pustulöses Syphilid am Körper zu sehen. Der Kranke wurde aufs neue in die Klinik aufgenommen. Nach einer Infusion von 0,6 Salvarsan schwanden alle Erscheinungen rasch (merkwürdigerweise verursachte diese Infusion dem Kranken viele Beschwerden: grofse Schwäche, Schmerzen in den Extremitäten; Fieber stellte sich erst am nächsten Tage ein, erreichte seinen Höhepunkt am 4. Tage und dauerte 5 Tage). Auf die ungenügende Wirksamkeit des subcutanen Verfahrens weist auch noch ein anderer von uns beobachteter Rezidivfall anderthalb Monate nach der Injektion hin, sowie der Fall einer $1^1/_2$ cm (im Durchmesser) grofsen gummösen Wunde am Halse, welche zwei Monate lang, ehe eine gemischte Jodquecksilberkur vorgenommen wurde, nicht zuheilte. Offenbar bildet sich um das injizierte Salvarsan, dessen kleinerer Teil sich auflöst und resorbiert wird, herum eine Nekrose, welche infolge der Durchtränkung mit einer antiseptischen Substanz der Resorption seitens der Zellen nicht unterliegt und infolge der Schwerlöslichkeit des in einer Hülle von koaguliertem toten Eiweifs liegenden Salvarsans dem Prozefs der chemischen Autolyse schwer zugänglich ist; aufserdem ist letztere im Hinblick auf die Möglichkeit der Bildung giftiger Zersetzungsprodukte des Salvarsans gefährlich. Das Gesagte läfst sich auch auf die sauren Lösungen anwenden, da die Säure im Organismus neutralisiert werden mufs, und sich ein ähnlicher Salvarsanniederschlag bildet. Aufserdem sind diese Lösungen, sollten sie in den Blutumlauf geraten, für das Leben des Kranken gefahrdrohend; vergegenwärtigt man sich die experimentellen Beobachtungen Hatas über die schwere Resorbierung des Arsens beim Gebrauch solcher Lösungen, so ist es kaum statthaft, ein solches nicht nur nutzloses, sondern für den Kranken möglicherweise sogar gefahrvolles Verfahren zu wagen.

Die intramuskuläre Injektion alkalischer Lösungen des Salvarsans bietet etwas bessere Resorptionsbedingungen bzw. Wirksamkeitsbedingungen auf die Krankheit, aber das hohe, lange andauernde Fieber, die buchstäblich „höllischen“ (nach den Worten fast aller Kranken) Schmerzen von diesen Lösungen und eine Reihe offenbar mit diesen Schmerzen zusammenhängender Reflexerscheinungen (hartnäckige Obstipation, Harnverhaltung, übermäfsige Schweifsabsonderung, gedrückte Stimmung usw.) und oft darauffolgende Neuritis n. ischiadici, alles dies verhindert eine ausgedehntere praktische Anwendung dieser Lösungen.

Die komplizierte Technik und die Gefährlichkeit der intravenösen Infusion sind die Haupteinwände gegen diese Anwendungsart des Salvarsans. Indessen ist das Schwierigste in dieser Technik, nämlich die Punktion der Vene, gar nicht so schwer und gelingt gut bei etwas Übung und entsprechender Manipulation. Bei der gewöhnlichen Asepsis und den bedeutenden bakteriziden Eigenschaften des Blutserums, bei Abwesenheit eines toten Substrats als Wiege für die Infektion ist eine Blutvergiftung theoretisch nicht zu befürchten; auch haben wir (bei mehr als 125 Infusionen) keine beobachtet. Eine Luftembolie ist nur in gröſseren Mengen von Bedeutung, und eine solche ist bei der gewöhnlichen Infusionsmethode ausgeschlossen. Um dieselbe zu vermeiden, haben wir eine besondere Vorrichtung vorgeschlagen[6], die aber nur furchtsame Ärzte brauchen dürften. Die Periphlebites, die ungefähr in 1/4 der Fälle[7] beobachtet wurden, bestanden in einer unbedeutenden Verdickung der Venenwand, wobei das Lumen der Vene unverändert bleibt. Die kurze Dauer der Wirkung, welche man der Infusionsmethode zum Vorwurf machen kann, läſst sich schwer genau berechnen, da die Angabe der ersten Forscher darüber, daſs das Arsen durch den Harn sich in 3 Tagen ausscheidet, sich als unrichtig erwiesen hat (wir haben Arsen noch am 20. Tage bestimmt). Wahrscheinlich schlägt sich das Arsen in den inneren Organen nieder; sukzessive Temperaturerhöhungen im Verein mit Durchfällen in einigen (6) Fällen hat den Gedanken aufkommen lassen, daſs das Arsen ziemlich lange (2—3 Wochen?) im Blut zirkuliert. Die Gefahr einer nachfolgenden Entzündung der parenchymatösen Organe infolge der vermutlichen Arsenablagerung in denselben, insbesondere nach einer wiederholten Infusion, kann vorderhand nicht abgeleugnet werden, ist aber angesichts der, wie ich schon erwähnt, verhältnismäſsig schwachen Giftigkeit des Salvarsans zweifelhaft.

Die Indikationen zur Anwendung des Salvarsans in Fällen von Hg-Idiosynkrasie und von ernstlichen, Leben und Gesundheit des Patienten bedrohenden Anfällen von Syphilis, bei denen Quecksilber und Jod sich unwirksam erweisen, dürfen für absolut angesehen werden. Alle andern Anzeigen sind nur relativ, obgleich bei der erwähnten Unwirksamkeit von Quecksilber und Jod Salvarsan auch in ungefährlichen Erscheinungen dieser Krankheit behufs günstiger Einwirkung auf deren Verlauf für indiziert anzusehen ist. Zu demselben Zweck kann es bei öfteren Rezidiven und bei schwächlichen Personen als Ersatz für Quecksilber und Jod, die hier oft schlecht vertragen werden, angewandt werden. Zu dieser Kategorie können die Fälle maligner Syphilis gerechnet werden, wo, wie

---

[6] *Diese Monatshefte*, Band 52, Nr. 12.

[7] Weit seltener, wenn wir die Fälle, wo wir zur Auflösung des Salvarsans destilliertes Wasser (nach Schreiber) nahmen, ausschlieſsen.

wir uns bei den Versuchen mit alkalischen Lösungen überzeugt haben, Salvarsan eine sehr wohltätige Wirkung ausübt (venöse Infusionen wurden von uns nur in einem Fall von Syphilis maligna und auch mit raschem und gutem Erfolg angewandt). In den Anfangsstadien von Ulcus induratum ist Salvarsan als energisches Antisyphilitikum behufs Unterbrechung der Krankheit angezeigt, wobei man auf besseren Erfolg hoffen kann, wenn die Wassermannsche Reaktion negativ ausfällt, keine Anschwellung der Drüsen vorhanden ist, und die Kur mit dem Ausschneiden oder Ausbrennen des Primäraffekts verbunden und vielleicht von einer energischen Quecksilberbehandlung gefolgt wird. Sehr konventionell sind die Anzeigen bei den gewöhnlichen Fällen von Syphilis: hier können wir hoffen, auf den Verlauf der Krankheit einen wohltätigen Einfluſs auszuüben, und stützen uns auf die schwache Giftigkeit des Salvarsans. Vom sozialen Standpunkte aus, namentlich in Ruſsland, wo die extragenitale Syphilis grassiert, gewinnt die momentane, fast ambulatorische Sterilisation durch das Salvarsan, welches zum Teil im Gegensatz zum Quecksilber erstaunlich rasch und energisch, sogar bei Abwesenheit einer lokalen Behandlung, den Ausschlag auf den Schleimhäuten beseitigt, eine besondere Bedeutung. Selbstverständlich muſs unserer Ansicht nach in allen Fällen intravenöse Infusion und nur in den äuſsersten Fällen alkalische Injektion oder endlich Suspensionen benutzt werden.

Kontraindikationen gegen das Salvarsan gibt es, wie man gestehen muſs, wenig. Infolge des raschen Zuflusses einer groſsen Flüssigkeitsmenge unmittelbar in das Blutgefäſssystem (300 ccm in 5—10 Minuten) und des darauf folgenden Erbrechens (wie es scheint, ist dieses nur bei groſsen Dosen stark) dürfte die Anwendung dieses Mittels bei scharf ausgeprägter Arteriosklerose (Gefahr einer Blutergieſsung ins Gehirn) und auch bei Herzinsuffizienz (in Folge der Erkrankung des Herzens selbst, schwerer Erkrankung der Lungen und der Gefäſse) kontraindiziert sein. Bei 125 Infusionen hatten wir nur zwei Fälle von Kollaps gesehen (einer auf psychischer Grundlage bei einem kräftigen Kranken sogleich nach der Infusion, der andere bei einem Neurastheniker nach mehrfachem Erbrechen). Herxheimers Reaktion, welche wenigstens bei der venösen Infusion beständig beobachtet wird, und oft sehr scharf ausgeprägt ist[8], ist eine Kontraindikation gegen dieses Mittel (bzw. dieses Verfahren?) bei schweren Erkrankungen des Nervensystems, wo man zu fürchten hat, wenn auch nur zeitweilig, die Funktion für das Leben wichtiger Zentren zu unterbrechen. Eine solche Möglichkeit kann z. B. eintreten bei einem Gumma des Gehirns

[8] In einem Fall von Glossitis sclero-gummosa schwoll einige Stunden nach der Infusion die Zunge des Kranken so an, daſs er kaum sprechen konnte; in einigen Fällen von Syphilis papulosa röteten sich die Papulae, wurden 2—3 mal gröſser und urticariaähnlich.

mit starken Erscheinungen eines erhöhten Drucks in der Hirnschale (Unterbrechung der Funktion des verlängerten Gehirns bei zeitweiliger starker Erhöhung dieses Druckes infolge von reaktiver Schwellung des gummösen Herdes). Die gröfste Vorsicht ist bei herabgesetzter Ernährung vonnöten, wenn diese nicht in unmittelbarem Konnex mit der Syphilis steht, wie z. B. bei Syphilis maligna. Wir erwähnten schon zwei Fälle, wo die Infusion von Salvarsan auf die Ernährung und das Nervensystem der Kranken eine ungünstige Wirkung ausübte. Bei schwächlichen Subjekten mufs die Dosis entsprechend verkleinert werden.

Die von uns angewandte Dosis betrug fast in allen Fällen 0,6[9]. Nach einer solchen beobachteten wir nach anderthalb Monaten in einem Fall ein schweres Rezidiv in Gestalt von Paresis vam. extern. n. oculomotorii bei + + + WASSERMANNscher Reaktion. Beobachtungen über die WASSERmannsche Reaktion, wenigstens dort, wo es uns gelang, sie 1—2 Monate nach der Infusion dieser Dosis zu wiederholen, bietet wenig Tröstliches: in 8 Fällen blieb sie unverändert, in 5 war sie schwächer geworden, in 3 aus einer scharf positiven in eine scharf negative übergegangen. Aufserdem erhielten wir bei der klinischen Beobachtung in vielen Fällen den Eindruck von Unvollständigkeit und ungenügender Geschwindigkeit in bezug auf das Verschwinden der krankhaften Erscheinungen nach der Anwendung dieser Dosis. Man ist daher zu der Annahme gezwungen, dafs in den meisten Fällen von Syphilis eine einzige Infusion nicht genügt[10]. Doch auch bei wiederholten Infusionen ist die Hoffnung auf eine Therapia sterilisans magna noch weit entfernt von ihrer Erfüllung[11], aufser vielleicht in den Anfangsstadien der Krankheit (Ulcus durum ohne Drüsenschwellung und bei negativer WASSERMANNscher Reaktion), und auch hier geht man sicherer, wenn man sie mit dem Ausschneiden oder Ausbrennen der primären Granulome (+ Hg ?) kombiniert.

Vergleicht man nun die Salvarsanisation mit der Merkurialbehandlung, so liegt der Vorteil in bezug auf die Schnelligkeit, Wirksamkeit und Mannigfaltigkeit der Wirkung auf Seiten des Salvarsans. Es mufs jedoch bemerkt werden, dafs wir bei der Anwendung des Quecksilbers nicht unter ganz analogen Bedingungen arbeiten (hier — dosis fractionata subcutan, dort dosis efficiens maxima in das Blut), und dennoch besitzt das Quecksilber einen unveräufserlichen Vorzug — denjenigen eines allseitig er-

---

[9] Bei Männern; 0,5 bei Frauen.

[10] Unter der Bedingung, dafs das Salvarsan als solches einwirkt; wirken dagegen dessen Spaltungsprodukte, so kann ein Salvarsanüberschufs das Spaltungsvermögen der Zellen unterdrücken.

[11] Zu kompliziert und mannigfach ist die Kombination von den individuellen Eigentümlichkeiten der Spirochäten einerseits und den Zellen des menschlichen Körpers andererseits, mit welcher das Salvarsan zu tun hat.

forschten und längst bekannten Mittels. Ziehen wir aufserdem in Betracht, dafs die Quecksilberbehandlung die Wirkung des Salvarsans nicht verhindert[12] und wahrscheinlich anders wirkt, so drängt sich die kombinierte Behandlung der Syphilis mit Quecksilber und Salvarsan von selbst auf und kann für besonders angezeigt angesehen werden bei der abortiven Behandlung und überhaupt dort, wo eine energische Behandlung der syphilitischen Anfälle erforderlich ist. Als Adjuvantia des Salvarsans könnten in gewissen Fällen Mittel einer andern Ordnung dienen (Jod, Thiosinaminum bei der Voraussetzung einer Einkapselung der aktiven Syphilisherde durch Narben, physikalische Methoden usw.).

Im allgemeinen erlauben also die gemachten Beobachtungen auszusagen, dafs das in gehöriger Dosis und auf entsprechende Weise in den Organismus eingeführte Salvarsan (wir meinen vorläufig die wiederholte venöse Infusion) relativ wenig giftig scheint, in den allermeisten Fällen rasch und vollständig die verschiedenartigsten Erscheinungen der Syphilis sogar in Fällen, wo Quecksilber und Jod unwirksam sind, beseitigt, nur in sehr wenigen Fällen kontraindiziert ist und der Anwendung der früheren antisyphilitischen Mittel nicht hinderlich entgegentritt.

Allein ein definitives Urteil über die therapeutische Bedeutung des Salvarsans ist bislang unmöglich. Die Syphilis zeichnet sich durch einen intermittenten Verlauf, zuweilen mit vieljährigen Zwischenräumen latenter Perioden aus, und viele Symptome derselben können von selbst sogar ohne Kur verschwinden; jedenfalls sind viele Erscheinungen der Syphilis äufserst pharmakolabil, obgleich sie an sich selbst bislang pharmakostabil gewesen ist. Indirekte Methoden, die Kraft antisyphilitischer Mittel nach der Geschwindigkeit des Verschwindens der Spirochäten und der WASSERMANNschen Reaktion zu beurteilen, haben nur eine sehr relative Bedeutung: die Spirochäten verschwinden parallel mit den klinischen Anzeichen des Ausschlags, und die Technik der WASSERMANNschen Reaktion kann bislang nicht für genügend ausgearbeitet angesehen werden.

Dies ist der Grund, weshalb es so schwer ist, über die wirkliche Bedeutung des Salvarsans bei der Behandlung der Syphilis (ihrer selbst, nicht blos ihrer Symptome) ein endgültiges Urteil zu fällen, und weshalb es noch langer Beobachtungen seitens erfahrener Spezialisten, hauptsächlich Syphilidologen und Neuropathologen, bedürfen wird.

Wie dem auch sei, es ist eher zu befürchten, dafs die getäuschten Hoffnungen auf die Allmacht des Salvarsans bei der Behandlung der Syphilis verfrühte Enttäuschungen nach sich ziehen und zuweilen der

[12] Wir haben Salvarsan zuweilen sowohl vor dem Beginn der Quecksilberbehandlung als auch nach Beendigung derselben angewandt und im Laufe beider Kuren nichts Besonderes bemerkt.

Benutzung der vorzüglichen, oft, wie man schon jetzt behaupten darf, unersetzlichen Heilkräfte dieses Mittels hinderlich entgegentreten dürften.

Ich halte es für eine angenehme Pflicht an dieser Stelle meinem verehrten Lehrer Herrn Professor Dr. A. J. POSPELOW für seine Hilfe und Ratschläge bei meinen Versuchen, sowie meinem geschätzten Kollegen Herrn Dr. W. J. PREOBRASCHENSKI für seinen Beistand bei der Untersuchung und Behandlung der Kranken meinen innigsten Dank auszusprechen.

Der älteste Gebrauch des Wortes „Ekzem“.

Von

Dr. med. IWAN BLOCH-Berlin-Charlottenburg.

Durch zwei voneinander unabhängige Arbeiten ist neuerdings das Wort „Ekzem“, dessen ersten Gebrauch man früher dem im sechsten nachchristlichen Jahrhundert lebenden Arzte AËTIOS VON AMIDA zuschrieb, als viel älteren Ursprungs nachgewiesen worden. PAUL RICHTER hat aufser einer Stelle bei GALEN (zweites nachchristliches Jahrhundert) eine Stelle bei DIOSKURIDES (erstes nachchristliches Jahrhundert) mitgeteilt, wo das Wort, in der Form „*ἔκζεσμα*“ gebraucht wird[1]. Ich habe auf eine bisher ganz übersehene Definition in dem HIPPOKRATES-Vokabular des EROTIANOS aufmerksam gemacht[2], eines Autors, der zur Zeit des NERO lebte, also ebenfalls dem ersten nachchristlichen Jahrhundert angehört. Der Passus bei EROTIAN ist nun insofern von allergröfstem Interesse, als er unzweideutig auf einen um mehrere Jahrhunderte früheren Gebrauch des Wortes „Ekzem“ hinweist und dabei einen bestimmten Namen anführt. Nach der Ausgabe von KLEIN[3] heifst es nämlich an dieser Stelle: *ἐκθύματα ἐκζέματα, ὥς φησι Βακχεῖος, καὶ ἐκθύσεις αἱ ἐξανθήσεις.* Hier wird also als Synonym der hippokratischen Ausdrücke *ἔκθυμα* und *ἔκθυσις* (vgl. GALEN, Commentar. III in HIPPOCRAT. Epidem. II c. 18 und Comment. I in HIPPOCRAT. Epidem. VI c. 19, Ausgabe von KÜHN, Bd. XVII A., S. 354 und 865), was mit Hauteruption, Hautbläschen übersetzt werden mufs, das Wort „Ekzem“ angeführt und zwar als eine von BAKCHEIOS gebrauchte Erklärung des hippokratischen „Ekthyma“ („wie BAKCHEIOS sagt“). Da aber EROTIAN sich

---

[1] PAUL RICHTER, Beiträge zur Geschichte des Ekzems. UNNA-Festschrift. 1910. Bd. I, S. 461.

[2] IWAN BLOCH, Der Ursprung der Syphilis, Abteilung II. Jena 1911. S. 672.

[3] Erotiani vocum Hippocraticarum conlectio ed. Jos. KLEIN. Leipzig 1865. S. 67.

bei seiner Erklärung der hippokratischen Ausdrücke auf seine Vorgänger, die alexandrinischen Kommentatoren des Hippokrates stützt, so dürfen wir annehmen, dafs das Wort ἔκζεμα in einem solchen erklärenden Werke des alexandrinischen Arztes Bakcheios vorkam. Dieser Bakcheios aber ist kein anderer als der berühmte Herophileer B. von Tanagra, der nach Galen (ed. Kühn XVII A, S. 794) zu den ältesten Erklärern der Schriften des Hippokrates gehört. Seine Blütezeit fällt um 200 v. Chr.[4] Damit wäre der bis jetzt erst bis zur Mitte des ersten nachchristlichen Jahrhunderts nachgewiesene Gebrauch des Wortes „Ekzem" um rund 250 Jahre früher hinaufzurücken. Wir haben es also mit einem viel älteren Namen zu tun, als man bisher angenommen hatte. „Ekzem" ist zweifellos alexandrinischer Provenienz und war wohl schon vor Bakcheios gebräuchlich, da er den Ausdruck ἐκθύματα durch ἐκζέματα erklärt, woraus zu schliefsen ist, dafs er das Wort „Ekzem" nicht selbst geschaffen, sondern nur als bekannten terminus technicus anführt. Ich habe bereits früher darauf hingewiesen, dafs die wissenschaftliche dermatologische Terminologie und Klassifizierung der Hautkrankheiten zuerst von den alexandrinischen Ärzten in Angriff genommen worden ist, die von den Medizinern der Kaiserzeit mit dem allgemeinen Ausdrucke: „die Älteren", οἱ παλαιοί, bezeichnet werden.[5] Es ist nun sehr bemerkenswert, dafs an der bekannten, von Richter im griechischen Wortlaut mitgeteilten Stelle bei Aëtios (Buch XIII c. 128), wo vom „Ekzem" die Rede ist, ausdrücklich hervorgehoben wird, dafs dieser Name von den παλαιοί, d. h. von den Alexandrinern, stamme (ἃ καὶ ἐκζέματα ἤτοι ἱδρῶτας οἱ παλαιοὶ καλοῦσιν). Vergleichen wir damit die oben mitgeteilte Erotian-Stelle, so können wir daraus den sicheren Schlufs ziehen, dafs ἔκζεμα als ärztlicher Terminus technicus zuerst in der alexandrinischen Medizin gebraucht wurde und schon bei Bakcheios um 200 v. Chr. als ein ganz bekannter terminus technicus erscheint.

Nachtrag. Der Liebenswürdigkeit des Herrn Gymnasialdirektors Dr. J. Ilberg in Wurzen verdanke ich noch die folgende sehr wichtige Stelle mit früher Erwähnung des Wortes „Ekzem". Sie steht in den „Geoponica" I, 12, 19 (Ausgabe von Beckh, Leipzig 1895) und lautet: Δημόκριτος δέ φησιν ἐν τῷ φθινοπώρῳ ἐκζέματα γίνεσθαι περὶ τὰ στόματα διὸ χρὴ πρὸς τὸ ἔαρ λαχάνων ἅπτεσθαι κοιλίαν τε λύειν, καὶ μάλιστα τοὺς νέους, ἀκράτῳ δὲ χρῆσθαι (Demokritos sagt, dafs im Spätherbst Ekzeme am Munde entstehen. Deshalb mufs man im Frühling

[4] Nach freundlicher Mitteilung des Herrn Gymnasialdirektors Prof. Dr. J. Ilberg in Wurzen.

[5] Iwan Bloch, Beiträge zur Geschichte und geographischen Pathologie des Aussatzes. *Deutsche med. Wochenschrift.* 1900. Nr. 9. Derselbe, Das erste Auftreten des Aussatzes im alten Germanien. Unna-Festschrift. 1910. Bd. I, S. 150.

Gemüse geniefsen, abführen, und, was besonders für die jüngeren Leute gilt, ungemischten Wein trinken). „Demokrit“-Zitate in den Geoponica gehen nicht auf den grofsen Forscher, sondern auf einen gewissen Bolos von Mendes zurück, der als Fälscher bekannt war und im dritten Jahrhundert v. Chr. lebte. Da er älter als Bakcheios ist, so wird dadurch unsere Vermutung, dafs das Wort „Ekzem“ schon vor Bakcheios in Gebrauch war, bestätigt. Über die alexandrinische Zeit hinaus ist es aber nicht nachweisbar.

Histologische und bakteriologische Untersuchung zweier Fälle von Neuroleprid und einer Narbe vom Pemphigus leprosus.

Von

Dr. Menahem Hodara,

Oberarzt der Dermatologischen Abteilung des kaiserlich Ottomanischen Marinehospitals.

Nach einem in der Société Imperiale de Médecine gehaltenen Vortrag.

Mit vier Abbildungen im Text.

Vor einiger Zeit habe ich Ihnen einen jungen Menschen vorgestellt, der mit Neurolepridflecken behaftet war. Ich habe in diesem Fall zwecks mikroskopischer Untersuchung eine Biopsie vorgenommen. Bevor ich Ihnen aber meine Ergebnisse mitteile, gestatten Sie mir, Ihnen den Fall kurz ins Gedächtnis zurückzurufen. Es handelte sich, wie Sie sich erinnern werden, um einen 24jährigen Menschen mit Neuroleprid. Der Ausschlag glich völlig einem Erythema polymorphum. Im Gesicht safsen erythematöse, rote, bläuliche Flecken und rote, mehr oder weniger hervorspringende, bis über linsengrofse Papeln. Die Flecken und Papeln fliefsen zum Teil zusammen. Hinter dem Ohr befinden sich stark ödematöse und infiltrierte Stellen wie beim Erythema polymorphum. Ebensolche Flecken und Papeln finden sich, bald vereinzelt, bald zusammenfliefsend, in symmetrischer Verteilung auch auf den Rückflächen beider Vorderarme, Hände und Finger; die einzelnen Elemente sehen hier zum Teil wie kleine Knötchen aus. Das nämliche gilt von den Unterextremitäten, auf denen sich die Flecken und Papeln ebenfalls in symmetrischer Verteilung finden. Der übrige Körper hingegen ist vollkommen frei. Die Armnerven sind sehr verdickt; an ihnen fühlt man die Neuroleprome in Form kleiner Knötchen. Die Anästhesie ist nicht vollständig. Bei der Vorstellung war der Ausschlag acht Tage alt und von Frost, Fieber und Schmerzen in den Armen und Beinen begleitet.

Patient leidet seit anderthalb Jahren an seiner Krankheit, und dies war der fünfte Anfall; der erste setzte vor anderthalb Jahren ein, bot dasselbe Bild wie der jetzige und dauerte zwei Monate; dann verschwand der

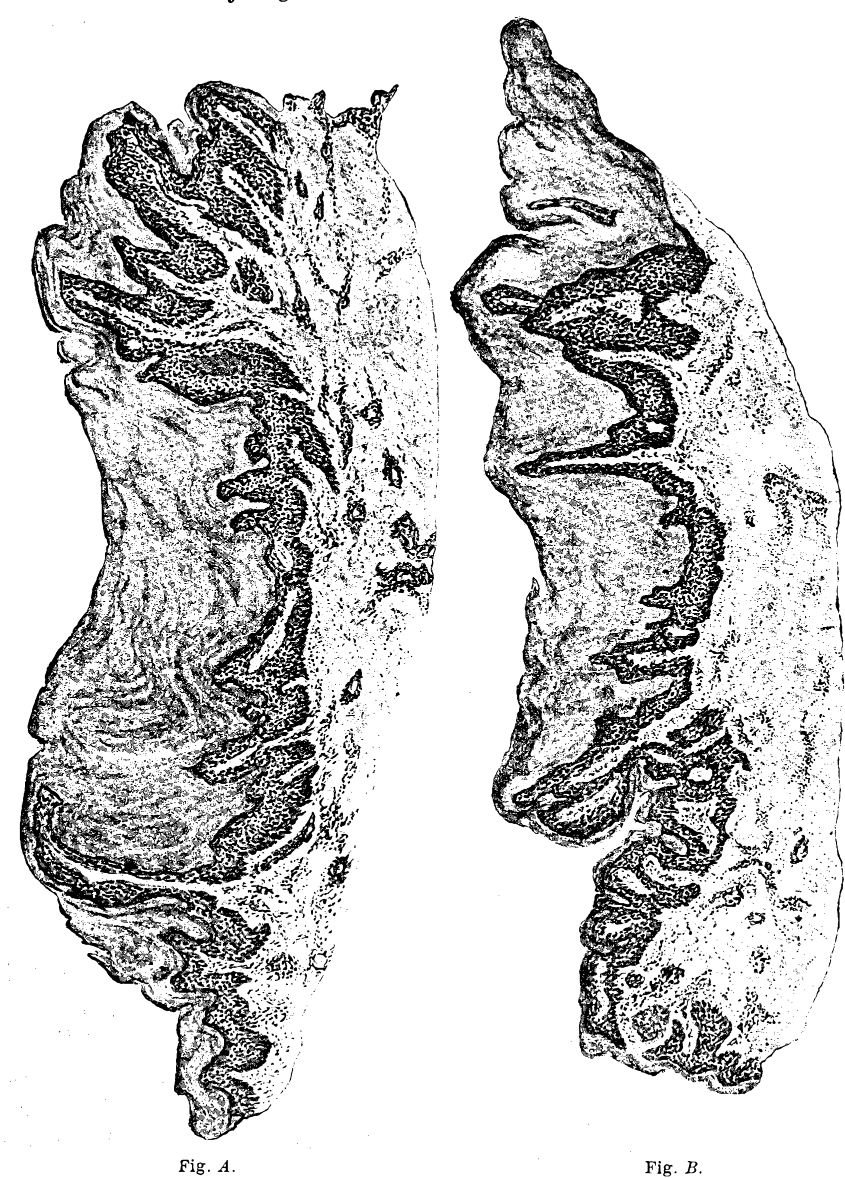


Fig. *A*. Fig. *B*.

Ausschlag gänzlich, ohne eine Spur zu hinterlassen. Nach einigen Monaten erfolgte der zweite Anfall, und so fort bis heute, jedesmal trat völlige Heilung ein. Die Eltern des Patienten sind am Leben und gesund; Patient selber ist auch sonst nie krank gewesen.

Nach UNNA liegen dem Neuroleprid angioneurotische Störungen zugrunde; diese kommen durch die Anwesenheit des HANSENschen Bacillus

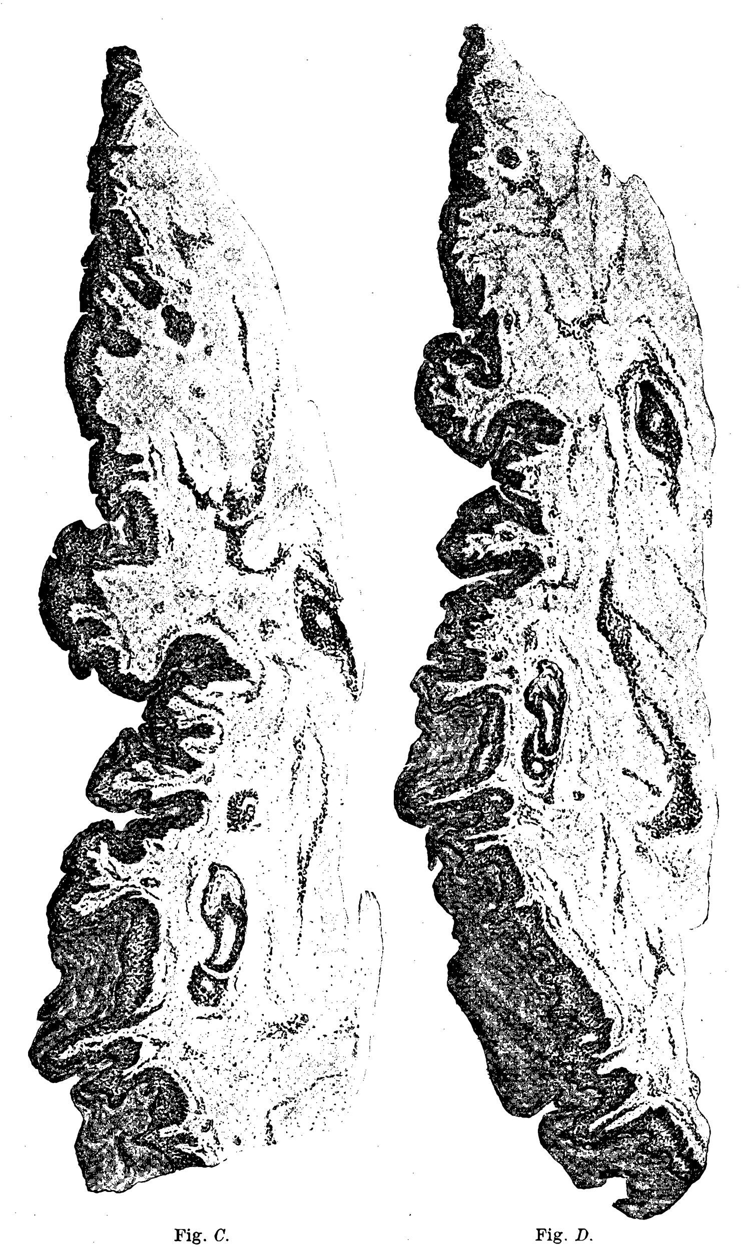


Fig. C. Fig. D.

in den Nervenstämmen, oder durch die Kompression der Neuroleprome innerhalb der Nerven zustande, denn dadurch entwickelt sich eine Hyperplasie des Bindegewebes und eine Neuritis parenchymatosa. Im allgemeinen

kommt nach UNNA der HANSENsche Bacillus in den Neurolepriden nicht vor; man findet nur Gefäſsveränderungen, Zellhyperplasie in sämtlichen Gefäſswänden und Verdickung der Hautnerven, genau wie beim Neurofibrom. Nur sehr selten fanden UNNA und seine beiden Schüler PHILIPPSON und POLLITZER in frischen, von Fieber begleiteten Neurolepriden kleine bazilläre Embolien innerhalb der Gefäſse und einzelne Bazillen in den perivaskulären Lymphräumen; diese Bazillen verschwanden dann aber bald wieder, in einem Fall von PHILIPPSON schon nach 24 Stunden. Nach UNNA kommen beim Neuroleprid zuweilen auch kleine subcutane Leprome vor; niemals aber beobachtete er eine Umwandlung von Neurolepriden in richtige Hautleprome mit Bazillenhaufen, und nur selten kommen dabei andere Symptome der Lepra nervosa (Lepra mutilans) vor.

1897 hatte ich selber zwei Fälle von Neuroleprid untersucht[1] und Ihnen das Ergebnis meiner Untersuchung mitgeteilt; ich konnte damals die Angaben von UNNA bestätigen; Bazillen hatte ich keine gefunden; es bestand Zellhyperplasie an sämtlichen Gefäſsen und Kapillaren; mein Befund wich nur insofern vom UNNAschen ab, daſs in meinen Fällen auſserdem noch zahlreiche Riesenzellen rings um die Gefäſse vorhanden waren. Andere Autoren haben dagegen vielfach den HANSENschen Bacillus beobachtet, so namentlich DARIER siebenmal in acht Fällen von Neuroleprid, und zwar waren die Bazillen in fünf seiner Fälle reichlich vertreten, bei den beiden andern zu 12—20 Stück auf den Schnitt, und nur in einem Fall fehlten sie, wie gesagt, gänzlich.

Angesichts dieser auseinandergehender Befunde hielt ich es für angebracht, Ihnen diesen Fall vorzustellen und Sie mit dem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung bekannt zu machen.

Histologische Untersuchung einer nur vier Tage alten erythematösen Stelle von Neuroleprid.

In der Epidermis besteht eine geringgradige Hyperkeratose; die Hornschicht ist normal keratinisiert und reichlich verdickt; die Körnerschicht ist mäſsig hypertrophisch; dies trifft auch stellenweise für die Stachelschicht zu, deren Kerne und Protoplasma etwas vergröſsert sind; auch ist sie stellenweise deutlich ödematös. Das interzellulare Ödem ist zwar nur wenig ausgesprochen, auch die interzellulären Räume sind nur mäſsig, in Form von unregelmäſsigen Kanälchen erweitert; das intrazelluläre Ödem ist dagegen auffällig, besonders um die Kerne herum erfüllt es groſse Strecken; zuweilen hat es aber auch das ganze Protoplasma durchsetzt, das dann wie ein kleines Bläschen ausschaut (LELOIRS „altération cavitaire“): in diesen Bläschen erkennt man die Protoplasmafasern. Solche ödematöse

[1] *Monatshefte für prakt. Dermatologie,* 1897. Zwei Fälle von Neuroleprid.

Zellen finden sich in den mittleren und untern Zellreihen. Die Kerne dieser ödematösen Zellen bleiben nur zum Teil unverändert, zum Teil nehmen sie andere Formen an, sind zu Stäbchen abgeplattet, nach oben, nach unten, meistens aber zur Seite gedrängt, auch beobachtet man Formen von Karyokinese.

Die Stachelschicht ist stellenweise etwas hypertrophiert und hyperplasiert, die Kerne sind zum Teil vergröſsert und die Zahl der Zellreihen gegen das Normale vermehrt. An andern Stellen fehlt aber jede Hyperplasie der Stachelschicht.

In der Cutis finden sich nur an den Gefäſsen und ihrer Umgebung Veränderungen. Gefäſse und Kapillaren sind zum gröſsten Teil erweitert, mit teilweise deutlich ausgesprochener Hypertrophie und Proliferation der Gefäſswandzellen. Auch die perithelialen Zellen sind proliferiert, zu vielfachen parallelen Reihen angeordnet; ihre Kerne sind abgeflacht und gröſser, ihr spongiöses Protoplasma ist hypertrophiert. Sie sind auſserdem mit Bindegewebszellen untermischt, deren Kern rundlich, oval oder unregelmäſsig geformt und verschieden groſs, deren Protoplasma spongiös und hypertrophiert ist. Auch lymphocytenartige, dunkelgefärbte Zellen mit kleinem runden Kern finden sich zwischen den perivaskulären Zellen. Das Gewebe um die Gefäſse ist zum Teil stark ödematös; die Lymphspalten sind dadurch unregelmäſsig erweitert; die perivaskulären Bindegewebszellen sind zum Teil beträchtlich proliferiert und hypertrophiert; die Kapillaren und die Lymphräume des papillaren Gewebes sind erweitert; dieses ist ödematös und hypertrophisch; die Papillen sind verlängert; die Bindegewebszellen einzelner Papillen sind mächtig hypertrophiert und proliferiert; andere Papillen wiederum sind kaum ödematös, wenig infiltriert und fast gar nicht verlängert. In dem von den Gefäſsen entfernteren Cutisgewebe ist das Ödem weniger deutlich und die Bindegewebszellen sind dort mäſsig oder ganz spärlich proliferiert. Auch poly- und mononukleäre Leukocyten trifft man da nur in geringer Menge. Die wesentlichsten Veränderungen in der Cutis bestehen demnach in Reizung und Hypertrophie der Bindegewebszellen der Gefäſse, in Erweiterung der Gefäſse, in wechselnd starkem und umfangreichem Ödem des perivaskulären Gewebes, in Ödem und Proliferation der intervaskulären Bindegewebszellen des papillaren und subpapillaren Gewebes.

Den Leprabazillen habe ich mit den verschiedensten Färbemethoden nachgestellt; ich lieſs die Schnitte z. B. nach dem Verfahren von Ziehl-Nielsen 24 Stunden in der Ziehlschen Lösung und entfärbte dann mit der 15%igen Acidum nitricum-Lösung; ich wandte das Verfahren von Galbet-Ernst, von Weichselbaum, von Kellog und andern an; ich habe mich auch der Technik von Darier bedient und die Schnitte zwei Stunden lang bei Temperaturen von 40—50° C. in der Ziehlschen Lösung gefärbt

und vorsichtig mit einer 10%igen Lösung von Salpetersäure in Alkohol wieder entfärbt. Die Schnitte waren direkt in absolutem Alkohol fixiert, aber in Celloidin und nicht in Paraffin gehärtet, wie es DARIER empfiehlt. Aber mit keinem Verfahren gelang es mir, bei diesem Fall von Neuroleprid den HANSENschen Bacillus nachzuweisen, trotzdem ich mich keine Mühe verdriefsen liefs; wie in meinen beiden frühern Fällen von Neuroleprid aus dem Jahre 1897, so blieb auch hier all mein Suchen nach dem Leprabacillus fruchtlos.

Die Augen dieses Patienten wurden von dem Konstantinopler Augenarzt Herrn Dr. TRANTAS untersucht. Er diagnostizierte eine Keratitis punctata und fand in dem Gewebe, das er durch Auskratzen gewann, den HANSENschen Bacillus.

Dr. TRANTAS hält die durch die Keratitis verursachten Störungen für identisch mit den erythemato-papulösen Flecken der Haut und tritt der Ansicht DARIERS bei, der meint, dafs die Hautflecken direkt durch den Leprabazillus erzeugt würden; man darf aber nicht vergessen, dafs DARIER den Bacillus in sieben von seinen acht Fällen gefunden hatte.

Woher kommt es nun aber, dafs bei demselben Patienten Dr. TRANTAS den Bacillus in dem Material, das er durch Auskratzen der Keratitis gewonnen hatte, nachweisen konnte, während mir dieser Nachweis in den erythematösen Hautflecken nicht gelang, trotzdem ich mir die gröfste Mühe gab? Ich vermag mir dieses Verhalten nicht zu erklären, ersuche aber alle diejenigen, die später einmal Fälle von Neuroleprid zu untersuchen haben, dem Augenbefund ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Fall 2.

Ich hatte Gelegenheit, noch einen zweiten Fall von Lepra nervosa zu beobachten. Diesmal handelte es sich um einen 16jährigen Menschen, der an einem Pemphigus leprosus gelitten hatte; davon zeugte eine grofse Zahl alter, charakteristischer atrophischer Narben, die an den Ellenbogen und Vorderarmen, an den Knien, den Ober- und Unterschenkeln safsen und vollkommen unempfindlich und analgetisch waren. Die Anästhesie erstreckte sich aber auch auf die Ober- und Unterextremitäten; die Kubitalnerven waren im ganzen verdickt, zeigten aber auch stellenweise die charakteristischen Knötchen (Neurolepromе). Daneben bestanden seit langem Pigmentflecken in Form von Herden oder krummen, zu Ringen geschlossenen Linien. Die Farbe war hellgelb; doch lagen in der Mitte dieser Herde und Ringe wieder achromatische, ganz weifse Flecke und rundliche, leuko-melanotische Flecke, deren Zentrum zum Teil farblos, deren Rand hyperchromisch war (Morphea leprosa).

Der Patient, dessen Vater ebenfalls an Lepra nervosa litt, gab an, dafs sich die Blasen des Pemphigus leprosus im Alter von drei Jahren

zuerst gezeigt hätten, und dafs die Anfälle sich dann fast jedes Jahr wiederholt hätten, der letzte noch vor einem Jahr.

Von diesem Fall habe ich zwei Präparate angefertigt; das eine Präparat enthielt einen anästhetischen maculo-pigmentären Fleck (ein altes, maculo-pigmentäres Neuroleprid), das andere eine alte Narbe des Pemphigus leprosus (ein bullöses Neuroleprid).

Histologische und bakteriologische Untersuchung des maculo-pigmentären Neuroleprids.

Die Hornschicht ist in diesem Präparat normal keratinisiert, etwas verdickt und hyperkeratotisch; der Zusammenhang der einzelnen Hornlamellen ist stellenweise etwas gelockert; die Körnerschicht besteht aus zwei Reihen; die Stachelschicht ist hier und da etwas hypertrophisch; Kerne und Protoplasma sind etwas umfangreicher; im Protoplasma besteht ein leichtes parenchymatöses Ödem; die Kernhöhlen sind erweitert, die Kerne von einem ödematösen Hohlraum umgeben (LELOIRS „altération cavitaire“); auch besteht stellenweise ein geringes interzelluläres Ödem und eine leichte Hyperplasie der Stachelzellen, deren Reihen gegen die Norm vermehrt sind; an andern Stellen wiederum fehlen Hyperplasie und Hypertrophie, hier sind Kerne und Protoplasma nicht vergröfsert, die Zahl der Zellreihen vielmehr noch vermindert. Das Pigment ist überall beträchtlich vermehrt und besonders an den basalen Zellen so stark angehäuft, dafs es diese mit seinen gelben Körnern fast ganz bedeckt; ja, an einzelnen Stellen erreicht es auch die mittleren und oberen Zellreihen.

In der Cutis bleiben die Veränderungen auf die Gefäfse beschränkt; alle Kapillaren, Haut- und subpapillären Gefäfse haben verdickte Wände und sind von einer Schicht perivaskulärer Zellen umgeben; die Gefäfslumina sind etwas erweitert, die Endothelzellen hypertrophiert, die Perithelzellen sind proliferiert und zum gröfsten Teil in vielfachen parallelen Reihen aufmarschiert. Unter den perivaskulären Zellen gewahrt man eine grofse Menge Kerne von perithelialen proliferierten Bindegewebszellen. Diese Kerne haben verschiedene Form und Gröfse, sind bald klein und tief dunkelgefärbt, bald rundlich und mehr oder weniger flach oder unregelmäfsig, bald mittelgrofs und dunkel, oder hell und von unregelmäfsiger Form, rundlich, eckig oder flach, bald wieder grofs und hell, oval oder ganz unregelmäfsig. Sämtliche Gefäfswände sind von dicken Schichten perithelialer, proliferierter Zellen umgeben, nur dafs die Infiltration ungleichmäfsig ist, bei einzelnen Gefäfsen stärker als bei andern, am schwächsten bei den Kapillarwänden. Auch die intervaskulären Bindegewebszellen des kutanen, des papillären und des subpapillären Gewebes sind proliferiert und hypertrophiert, ihre Kerne und ihr Protoplasma spongiosum sind vermehrt.

Auch bei diesem Präparat liefsen sich mit keiner der beim vorhergehenden Präparat angewandten Methoden HANSENsche Bazillen nachweisen; auch das DARIERsche Verfahren — Färbung mit Karbol-Fuchsin in der Hitze zwei Stunden lang, alsdann Entfärbung in einer Lösung von Acid. nitr. 10% in Alkohol; das Präparat war, wie DARIER es verlangt, in Paraffin gehärtet — versuchte ich vergebens.

Im Papillarkörper waren die Bindegewebszellen zum grofsen Teil mit Pigment bedeckt; auch um die Gefäfswände in den Papillen fand sich viel Pigment.

Mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Narbe des Pemphigus leprosus.

Bei diesem Präparat war wie bei dem vorhergehenden die Hornschicht der Epidermis sehr verdickt, hyperkeratotisch und normal keratinisiert; die Körnerschicht setzt sich aus zwei grofsen Reihen von Körnerzellen zusammen; die Stachelschicht ist stellenweise leicht hypertrophisch und ödematös, Protoplasma und Kerne sind vergröfsert, die Kerne zum Teil von einem ödematösen Hohlraum (LELOIRS „altération cavitaire") umgeben; die intercellulären Zwischenräume sind hier und da erweitert, die Stachelschicht an einzelnen Orten ein wenig hyperplasiert, die Zahl der Zellreihen etwas gröfser als im Normalen. An andern Stellen ist die Stachelschicht hingegen verdünnt und die Zahl der Zellreihen gegen das Normale sehr vermindert, man gewahrt weder Ödem, noch Hyperplasie, noch Hypertrophie. Am Grunde ist die Stachelschicht in grofser Ausdehnung abgeflacht; genau so wie in andern Narben, ohne Epithelleisten, die nur hin und wieder schwach angedeutet sind. Auch der Papillarkörper ist überall abgeflacht, von Papillen sieht man nur hier und da ein geringes Überbleibsel. Pigment ist im Überschufs vorhanden, so ist es an den basalen Zellreihen in grofsen Mengen angehäuft und bedeckt sie ganz, erreicht auch stellenweise die mittleren und oberen Zellreihen der Stachelschicht.

In der Cutis sind die Lumina der Kapillaren, der subpapillären und der kutanen Gefäfse etwas erweitert, die Gefäfswände zeigen dieselbe Zellinfiltration auf, wie sie beim vorigen Präparat beschrieben wurde, sie sind ganz in Mäntel eingehüllt, die aus vielen parallelen Reihen perithelialer und proliferierter Zellen mit abgeplatteten Kernen bestehen; auch die Kerne weisen hier wieder in Form, Farbe und Gröfse die verschiedensten Abweichungen auf. Neben diesen massenhaften perithelialen Zellen beobachtet man auch hier wieder eine mäfsige Proliferation von Bindegewebszellen des intervaskulären Gewebes, ferner auch Pigmentanhäufung in den obern Lagen der Cutis, rings um die Gefäfswände und nahe der Basis der Epidermis.

Auch in diesem Präparat einer Narbe von Pemphigus leprosus konnte ich mit keinem der üblichen Verfahren Leprabazillen entdecken.

Wir haben demnach das Ergebnis, daſs sich bei allen drei Präparaten, sowohl bei dem Neurolepríd papulosum recens, wie auch bei dem Neurolepríd maculo-pigmentosum und auch bei der Narbe des Pemphigus leprosus derselbe histologische Befund erheben lieſs.

* * *

Auf dem letzten internationalen Leprakongreſs zu Bergen (16. bis 19. August 1909) hat MACLEOD einen ausgezeichneten Vortrag über die pathologische Anatomie der Lepra gehalten. In diesem Vortrag betonte er, daſs in Bezug auf den anatomischen Bau, die Pathogenese und das Vorhandensein oder das Fehlen von Leprabazillen in Fällen der maculo-anästhetischen Form groſse Meinungsverschiedenheit herrsche. Nach MACLEOD sind folgende Fragen noch nicht entschieden: 1. Haben die Neurolepride denselben anatomischen Bau wie die Leprome? 2. Oder handelt es sich bei ihnen um einen ganz andern anatomischen Vorgang, der vielmehr dem des Erythema perstans gleichkommt? Dürfen wir die maculo-anästhetischen Veränderungen als Neurolepride betrachten, die dadurch zustande kommen, daſs die zugehörigen Nerven dem Angriff der Leprabazillen unterliegen? Oder werden sie wie die Tuberkulide durch Toxine hervorgerufen, deren ursächliche Bazillen weitab von der Haut hausen? Eine groſse Zahl von Beobachtern hat den HANSENschen Bazillus, wenn auch in geringer Menge, in den maculo-anästhetischen Veränderungan gefunden; andere Forscher waren weniger glücklich. MACLEOD glaubt, daſs die Bazillen anfangs in geringer Menge in der Haut vorhanden seien, daſs sie sich später aber in die Nerven zurückziehen; die Leprabazillen seien im Vergleich zu den Tuberkelbazillen ein schwacher Mikroorganismus, und es müſsten schon groſse Mengen von ihnen zusammenkommen, um Hautlepride zu schaffen; die spärlichen Exemplare, die man zuweilen in der Haut antreffe, seien aber nicht die Ursache der Lepride.

Zusammenfassung.

Wie in meinen beiden früheren Fällen von Neurolepríd aus dem Jahre 1897, so weicht auch bei den beiden vorliegenden Fällen, deren einer ein vier Tage altes papulöses Neurolepríd, der andere eine ganz alte maculo-anästhetische Form ist, der histologische Bau gänzlich von dem eines jungen Leprom ab. Beim Vergleichen der verschiedenen mikroskopischen Präparate sieht man sofort, daſs die leprösen Tuberkel Granulome mit ungeheuren Massen von Bazillen darstellen, während es sich bei den Lepriden nur um Hyperplasie der Perithelzellen sämtlicher Gefäſswände und um eine mäſsige Proliferation und Hypertrophie der inter-

vaskulären Bindegewebszellen, also ausschliefslich um entzündliche Gefäfsveränderungen, bei völligem Fehlen von Bazillen in meinen beiden Fällen handelt. In der Epidermis besteht bei diesen Neurolepriden stellenweise ein geringes Oedema intracellulare mit mäfsiger Hypertrophie und Hyperplasie der Stachelschicht; dieselbe Stachelschicht ist aber an andern Stellen frei von Hypertrophie, Hyperplasie und Ödem; in den pigmentierten Flecken findet sich eine bedeutende Hyperpigmentation durchweg der basalen, teilweise auch der mittleren und oberen Zellreihen. Aufserdem hat die Untersuchung noch ergeben, dafs auch die histologischen Veränderungen beim Pemphigus leprosus s. Neuroleprid bullosum ganz mit denen beim Neuroleprid papulosum s. maculosum übereinstimmen, denn auch bei der Narbe des Pemphigus leprosus fanden wir eine Hyperplasie der Perithelzellen der Gefäfswände und eine geringfügige Hyperplasie der intervaskulären Bindegewebszellen, also ausschliefslich entzündliche perivaskuläre Veränderungen, die mit dem Befund beim Leprom nichts gemein haben. Auch die epidermidalen Veränderungen der Pemphigus leprosus-Narbe entsprechen ganz denen des Neurolepridѕ.

Alle diese Tatsachen, der gleiche mikroskopische Befund sowohl bei den beiden Neurolepriden wie bei der Narbe des Pemphigus leprosus, und das Fehlen der Hansenschen Bazillen sprechen zugunsten der Unnaschen Theorie, wonach die Neurolepride nicht den Anfang der Hautleprome darstellen, sondern angioneurotische Veränderungen sind, hervorgerufen durch die in Folge des Angriffs der Hansenschen Bazillen erkrankten Nerven. Der Zukunft bleibt es vorbehalten, durch Prüfung einer grofsen Reihe von Neuroleprídfällen diese Frage entgültig zu entscheiden.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

Erklärung der Abbildungen.

Die Figuren *A* und *B* gehören zu Fall 1, betreffend Naevus linearis verrucosus generalisatus.

Die Präparate stellen eine flache Warze und eine verruköse, hervorragende Hautstelle dar. In der Cutis beachte man die entzündlichen Erscheinungen, Proliferation der Perithelzellen und perivaskuläre Zellinfiltration, Proliferation der Bindegewebszellen besonders im papillaren und subpapillaren Gewebe, Ödem, Hypertrophie und Verlängerung der Papillen, die namentlich bei den hervorragenden Warzen sehr bedeutend ist und der Oberfläche das papillomatöse Aussehen verleiht. Diese Veränderungen sind in den abgeflachten Warzen geringer.

In der Epidermis sind die Hyperplasie und die Hypertrophie der Stachelschicht, der Körnerschicht und der Hornschicht bemerkenswert. Die Hornschicht ist ungeheuer hyperkeratotisch, besonders an den hervorragenden Stellen lagern Hornmassen von äufserst beträchtlicher Dicke.

Die Figuren *C* und *D* gehören zum Fall 2 von Naevus linearis generalisatus. In der einen Figur ist ein Schnitt durch eine warzige, kaum hervorragende Stelle der Haut wiedergegeben, die noch ganz im Beginn ihrer Entwicklung steht.

Die entzündlichen Veränderungen in der Cutis sind dementsprechend noch gering; perivaskuläre Zellinfiltration und Proliferation der Bindegewebszellen des papillaren und subpapillaren Gewebes. Die Veränderungen in der Epidermis sind erst recht unbedeutend, hervorzuheben ist hier eine Hyperpigmentation der basalen Zellreihen. Die gleichen Veränderungen beobachtet man auch in den hervorragenden, warzigen Hautteilen, nur ist hier die Proliferation der papillaren und subpapillaren Bindegewebszellen üppiger, die Lymphgefäſse des genannten Gewebes sind erweitert, es bestehen Ödem und Verlängerung der Papillen. Ein geringes inter- und intrazellulares Ödem findet sich auch in der Stachelschicht der Epidermis, die Körnerschicht ist verdickt, die Hornschicht etwas hyperkeratotisch.

Das andere Bild stellt einen Schnitt durch eine hervorragende Warze dar. Hier sind die entzündlichen Veränderungen in der Cutis und im Papillarkörper stärker entwickelt, die Papillen sind ungeheuer verlängert und bedingen das papillomatöse Aussehen der Haut, in der Stachelschicht ist beträchtliches inter- und intrazelluläres Ödem, die Körnerschicht ist äuſserst hyperplasiert, die Hornschicht setzt sich aus groſsen hyperkeratotischen Massen von einer ganz gewaltigen Dicke zusammen. Die entzündlichen Erscheinungen beginnen also in der Cutis; die ungeheure Hyperkeratose und die Warzenbildung in der Epidermis sind erst sekundärer Natur.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911. Heft 4.

1. **Über hysterische Hautnekrose mit erythematösem und exsudativem Vorstadium,** von Werther-Dresden. Ein 16jähriges Mädchen, das von einer schweren Verbrennung am linken Ober- und Unterschenkel erhebliche Narben davongetragen hatte und nun als angeblich erwerbsunfähig um eine Invalidenrente kämpfte, war wegen einer leichten ekzematösen Reizung der Narben von der Berufsgenossenschaft ins Krankenhaus eingewiesen worden. Das Ekzem heilte rasch ab, nach drei Wochen aber wurde beobachtet, daſs am linken Bein auf geröteter Basis miliäre Bläschen entstanden, die nach einigen Tagen konfluierten; an ihrer Stelle bildete sich eine trockene, eingesunkene Nekrose, der Schorf stieſs sich ab und es blieben Geschwüre deren Grund häufig vollkommen analgetisch war. Die Geschwüre verheilten ungemein langsam. Solche Eruptionen wiederholten sich immer wieder, zuweilen traten sie im Anschluſs an die Menstruation und nach Aufregungen auf. Dabei waren ausgesprochene hysterische Stigmata vorhanden. Einmal wurde am linken Oberschenkel eine fünfmarkstückgroſse Hautpartie mit einer Bleistifthülse leicht bestrichen und mit Zinkpflaster bedeckt; das gleiche Pflaster wurde ohne vorausgegangene Berührung der Haut an der symmetrischen Stelle des rechten Oberschenkels und am rechten Unterschenkel aufgelegt. Schon am folgenden Tage, an dem alle Pflaster wieder entfernt wurden, wies die bestrichene Hautpartie am linken Oberschenkel Hyperämie und Schwellung, umgeben von einem anämischen Ring und tags darauf innerhalb der Rötung landkartenartige weiſse Bezirke mit geglätteter Oberflächenfelderung auf, nach weiteren zwei Tagen waren diese Bezirke vollständig nekrotisch. Am rechten Oberschenkel zeigte sich erst am sechsten Tage eine von einem anämischen Ring umgebene Rötung und am achten Tage landkartenartige Nekrose wie links. Das Erythem ging links zackig weiter, es bildeten sich miliäre Bläschengruppen, die konfluierten und

nekrotisch wurden, die Heilung nahm zehn Wochen in Anspruch. Am rechten Oberschenkel waren die Erscheinungen viel weniger intensiv und ausgebreitet, am Unterschenkel trat überhaupt keine Reaktion auf. — Der Fall ist ein Beweis für die Richtigkeit der Anschauung Kreibichs, dafs sensible Reize, die beim Gesunden höchstens eine leichte, vorübergehende Rötung der Haut verursachen, wahrscheinlich aber auch psychische Alterationen, bei einem hysterischen Menschen auf dem Wege des langsam in Erscheinung tretenden vasomotorischen Reflexes (Spätreflexes) schwere Entzündungen hervorrufen können. Die Entstehung der Nekrose am rechten Oberschenkel, wo keine mechanische Reizung stattgefunden hatte, spricht für zentrale Vermittlung des Reflexes.

2. **Toxisches papulo-pustulöses Exanthem nach Röntgenbehandlung einer Akne,** von H. E. Schmidt-Berlin. In einem seit mehreren Jahren bestehenden, sehr hartnäckigen Falle von „Akne vulgaris und rosacea" wurde in zwei Sitzungen auf die rechte und linke Wange je eine Erythem-Röntgendosis und nach dem Abklingen des Erythems auf die Stirne und die seitliche Partie der rechten Wange, wo noch Akne-Eruptionen stattfanden, noch einmal je eine Erythemdosis appliziert. Als der oberflächliche Zerfall der Akneknoten einsetzte, begann auf dem bestrahlten Gebiete sowie in dessen weiterer, von den Strahlen nicht getroffener Umgebung das Auftreten von Papeln und Pusteln, das auch noch anhielt, als das Röntgenerythem schon im Abheilen begriffen war. Diese papulo-pustulöse Dermatitis war zweifellos ein toxisches Exanthem, erzeugt durch die infolge der Röntgenstrahlenwirkung in den Akneknoten entstandenen Zerfallsprodukte. Derartige toxische Röntgenexantheme gehören zu den gröfsten Seltenheiten; sie lassen sich vielleicht vermeiden, wenn man bei der Röntgentherapie der Hautkrankheiten unter der Erythemdosis bleibt; die kleinste, eben wirksame Dosis ist wohl die richtige.

3. **Über einen Fall von Schweinerotlauf beim Menschen,** von Linser-Tübingen. Bei einem Metzger, der sich beim Schlachten eines rotlaufkranken Schweines am linken Zeigefinger verletzt hatte, war eine von der lädierten Stelle ausgehende Entzündung entstanden, die sich trotz Behandlung mit feuchten Umschlägen und Stauung unter Jucken und Brennen nach aufwärts ausbreitete. 14 Tage nach Beginn der Erkrankung fand L. bläulichrote Verfärbung und mäfsige Schwellung des linken Handrückens und Ringfingers, die Haut der affizierten Partie wies feine Fältelung und oberflächliche leichte Abschuppung auf. Die Erscheinungen endigten oberhalb des Handgelenks, an den meisten Stellen ohne scharfe Begrenzung, nur an wenigen Stellen waren kleine hellrote Streifen sichtbar. Lymphangitische Stränge waren nicht vorhanden, die Axillardrüsen waren leicht geschwollen, die Temperatur war normal. Zur Feststellung der Ätiologie wurde Gewebsflüssigkeit, die mittels kleiner Einstiche aus den hellroten Streifen ausgeprefst worden war, zwei Mäusen und zwei Meerschweinchen eingeimpft, die Tiere gingen alle im Verlaufe der nächsten drei Tage ein; das Ausstrichpräparat der Milz ergab bei allen vier Tieren eine Reinkultur von kurzen, sehr kleinen Stäbchen, die auf Agar zu zarten, leicht opaken Kulturen auswuchsen. Injektion von 25 ccm Schweinerotlaufserum, wie es zur Schutzimpfung der Schweine verwendet wird, hatte zur Folge, dafs die Entzündung bei dem Manne ohne weitere Therapie in drei Tagen vollkommen abheilte. Das Blut des Patienten wurde mit der Komplementbindungsmethode untersucht, wobei die Agarkultur aus der Meerschweinchenmilz als Antigen genommen wurde; es ergab sich vollständige Hemmung der Hämolyse.

4. **Über Quecksilbervergiftung und Angina, bzw. Stomatitis ulcerogangraenosa sowie über die Indikationen und Dosierung des Merkuriolöls,** von Magnus Möller-Stockholm. (Heft 2—4.) Ausführliche Studie, deren wesentlichen Inhalt M. in folgenden Sätzen zusammenfafst:

1. Die Injektionsdosis des 45 %igen Merkuriolöls wurde von M. schon von Anfang an zu 1—1½ Teilstrichen der LANGschen Spritze, d. h. 0,06—0,1 Hg, je nach individuellen Verschiedenheiten angegeben. Ungefähr sieben solche Injektionen mit fünf- bis siebentägigen Intervallen wurden als geeignete Durchschnittsbehandlung angegeben.

2. Die relative Schmerzfreiheit der Merkuriolölinjektionen scheint jedoch eine Versuchung für einzelne Ärzte mit sich geführt zu haben, eine zu grofse Dosis oder zu oft zu injizieren. Von den üblichen Präparaten her war man gewöhnt, eine volle PRAVAZsche Spritze zu injizieren; irrtümlicherweise ist dies in mehreren Fällen auch mit Merkuriolöl geschehen!

3. Auch hat bisher nicht gebührende Rücksicht auf die lange Remanenz des Merkuriolöls genommen werden können, da diese anfangs nicht klargestellt war. Nach einer Merkuriolölinjektion erreicht die Hg-Ausscheidung den Höhepunkt erst während des 11. bis 20. Tages, wonach sie langsam abnimmt; bei einer Durchschnittsbehandlung mit sieben Injektionen ist die Elimination am gröfsten nach dem Ende der Behandlung, sinkt darauf ganz langsam und geht noch drei bis vier Monate danach in wägbaren Tagesmengen (0,001—0,003 pro Tag) vor sich.

4. Ferner hat man beim Aufstellen von Indikationen und Kontraindikationen für eine Hg-Behandlung überhaupt und für die Dosierung des Hg im besonderen nicht genügende Rücksicht auf besondere individuelle Verhältnisse genommen, wie auf die allgemeine Konstitution des Patienten, mehr oder weniger ernste Organkrankheiten (Alkoholismus, Schrumpfniere, Tuberkulose usw.), die auf die Toleranz für Hg schwächend einwirken müssen.

5. Die Folgen dieser Mifsverständnisse oder Unterlassungsfehler sind schwere Intoxikationen gewesen, die in einigen Fällen sogar zum Tode geführt haben; in einem Falle ging eine junge kräftige, im übrigen gesunde Person infolge des Mifsgriffs bei der Dosierung zugrunde, die um ein Vielfaches die gewöhnliche überstieg (volle Spritzen anstatt Teilstriche); in sieben anderen Fällen von letalem Ausgang war der ursächliche Zusammenhang komplizierter, der unglückliche Ausgang erklärt sich hier entweder durch relativ zu grofse Hg-Zufuhr oder durch eine infolge allgemeiner Schwäche oder ernster Organkrankheiten herabgesetzte Widerstandskraft gegen die Behandlung oder durch eine schon vorher bestehende oder während der Hg-Kur hinzugetretene Angina ulcero-gangraenosa oder auch durch diese drei Momente zusammen. Ein wie grofser Anteil an dem unglücklichen Ausgang in dem einzelnen Falle dem einen oder anderen dieser drei Momente zuzuschreiben ist, läfst sich nicht immer bestimmt entscheiden.

6. Angina pseudomembranacea, bzw. ulcero-gangraenosa VINCENTI verschlimmert sich unter Hg-Behandlung. In einem Falle, in dem eine Angina pseudomembranacea VINCENTI als syphilitisch aufgefafst worden war, ging der Prozefs während der Behandlung (40 Hg-Einreibungen + JK) in eine Angina gangraenosa über, die den Tod herbeiführte.

7. In drei Fällen von Angina gangraenosa, die M. zu verfolgen Gelegenheit hatte, war der Krankheitsprozefs völlig der gleiche. Von der Tonsillargegend oder dem weichen Gaumen ausgehend, begann die Krankheit als ein geröteter Fleck, der bisweilen pseudomembranös belegt war, und ging bald in einen brandigen, mehr oder weniger tiefgreifenden Prozefs über, der sich teils nach vorn über den Gaumen, die Zungenbasis, die Innenseiten der Wangen und die Gingivae, teils nach hinten, oben und unten nach dem Nasopharyngealraum, der Epiglottis, der hinteren Pharynxwand und dem obersten Teil der Speiseröhre verbreitete. Die Begrenzungsränder der Ulcerationen waren scharf, mehr oder weniger mifsfarbig, der Geschwürsboden uneben

infolge zurückgebliebener graugelb oder schwarzgrün gefärbter Gewebsfetzen. Der Tod trat in sämtlichen Fällen unter Marasmus nach ungefähr einem Monat ein.

Der Krankheitsprozefs ist der Lokalisation, dem Geruch, Aussehen und Verlauf nach wesentlich verschieden von der gewöhnlichen Hg-Stomatitis. Sämtliche drei Patienten waren Männer im mittleren Alter und waren mit Hg behandelt worden, zwei von ihnen mittels Merkuriolölinjektionen (+ JK) einige Zeit vor dem Ausbruch des brandigen Prozesses, der dritte mittels einer sehr kräftigen Schmierkur + JK nach dem Auftreten der Angina. Bei den beiden ersteren war eine infolge anderer Krankheitszustände (Alkoholismus, Schrumpfniere, Lungentuberkulose, hochgradiger Neurasthenie) sehr herabgesetzte Widerstandskraft anzunehmen, der dritte dagegen war eine vor dem Beginn der Behandlung kräftige Person, bei welcher der Prozefs im Rachen sich während der energischen antisyphilitischen Behandlung rasch verschlimmerte. Der mikroskopische Befund war in den drei Fällen gleich: auf der Oberfläche ein Belag von allerhand Bakterien, hauptsächlich Kokken, in der Tiefe, an der Grenze zum gesunden Gewebe, ein einziger Bakterientypus, nämlich mehr oder weniger fusiforme Bazillen in grofser Anzahl, nach Gram nicht oder ganz schwach färbbar.

8. Bei der Merkurialstomatitis ist die primäre Veränderung chemischer Natur, sie besteht in der Ausscheidung von Schwefelquecksilberkörnchen in den Gefäfswänden, sekundär können Bakterien mitwirken, darunter der Bacillus fusiformis.

9. Intoxikationen und Komplikationen der oben angegebenen Art scheinen der Literatur zufolge bei allen Arten von Hg - Behandlung vorgekommen zu sein, bei Schmierkur, Behandlung mit Pillen usw.; sogar in einem Falle von Säckchenbehandlung, die gewöhnlich so mild wirkt, ist eine tödlich verlaufende Hg-Stomatitis aufgetreten.

10. Zurzeit kommen Unfälle hauptsächlich bei der Injektionsbehandlung vor, da diese immer mehr die allgemeine übliche Hg - Behandlungsmethode geworden ist. Lasserre hat (November 1908) in der Literatur 70 Todesfälle infolge von Injektionen verschiedener Hg-Präparate gefunden.

11. Trotzdem sind die Vorzüge der Injektionsbehandlung so grofs, dafs sie auch fürderhin die Normalmethode bei der Syphilisbehandlung bleiben mufs. Doch sind in gewissen Ausnahmefällen andere Methoden indiziert: bei einem sehr resistenten universellen lichenoiden Syphilid z. B. bewirkt eine Schmierkur am raschesten Symptomfreiheit, weil bei ihr die Allgemeinwirkung kräftig durch die Lokalwirkung unterstützt wird; für Patienten, die viel reisen, eignet sich wohl nur die Behandlung mit Pillen oder mit Säckchen bzw. mit dem Schurz.

12. Vorausgesetzt, dafs wir an dem Prinzip der präventiven Syphilisbehandlung festzuhalten haben, müssen wir Präparate mit den Eigenschaften des Merkuriolöls, d. h. mit langsamer Absorption und langer Remanenz verwenden. Da das Merkuriolöl leicht zu handhaben ist und dem Patienten nur geringe oder gar keine Beschwerden verursacht, so eignet es sich sehr gut als Normalpräparat für die Injektionsbehandlung. In gewissen Fällen sind jedoch andere Hg-Präparate indiziert; ist eine schnellere Hg-Wirkung nötig, so mufs zu Kalomel, Salicylquecksilber oder zu löslichen Präparaten gegriffen werden. Die letzteren sind indiziert, wenn gewisse Krankheitszustände (Lungentuberkulose usw.) besondere Vorsicht erheischen; das Quecksilber der löslichen Salze wird nämlich sehr rasch aus dem Körper eliminiert.

13. Die Dosierung, die M. von Anfang an angegeben hat, hat sich nach jahrelanger Erfahrung als richtig erwiesen. Betreffs der Anzahl der Injektionen und der Länge der Zwischenpausen ist wegen der langsamen Elimination des Merkuriolöls und der dadurch bedingten gegen Ende der Kur manchmal unnötig starken Hg-Anhäufung eine Änderung insofern getroffen worden, dafs die ersten vier bis fünf Injektionen

wie früher in fünf bis siebentägigen, die späteren aber in $1^1/_2$—3 wöchentlichen Intervallen vorgenommen werden. Auf diese Weise kann der Patient ohne Gefahr unter einer mäfsigen, aber permanenten Hg-Wirkung gehalten werden, bis die Wahrscheinlichkeit des Auftretens weiterer Rezidive ausgeschlossen ist. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 107, Heft 1 u. 2. April 1911.
(Der WELANDER-Festschrift zweiter Teil.)

1. **Über Tuberkulose bei Leprösen,** von H. P. LIE-Bergen (Norwegen). In den inneren Organen Lepröser, besonders in Milz, Leber und Lymphdrüsen von solchen Patienten, die an knotiger Lepra zugrunde gegangen sind, finden sich häufig Veränderungen, die auf Tuberkulose hinweisen, Knoten mit typischer Tuberkelstruktur mit epitheloiden Zellen, Nekrose und sparsamen LANGHANSschen Riesenzellen. In diesen Knoten konnten nur sehr vereinzelt Bazillen, z. B. in den Riesenzellen, gefunden werden. Verfasser ist der Meinung, dafs diese tuberkuloseähnlichen histologischen Veränderungen dem Tuberkelbacillus und nicht dem Leprabacillus zuzuschreiben sind, und glaubt, dafs die Tuberkelbazillen möglicherweise von den Umständen, unter denen sie wachsen, beeinflufst werden und Variationen unterliegen.

In einzelnen Fällen hat er ähnliche Verhältnisse in Hautlepromen nachweisen und die Bazillen kulturell züchten können. Er schliefst: Alles, was man zurzeit von Tuberkelbazillen und Leprabazillen weifs, deutet daher auf ein häufiges und intimes Zusammenleben unter verschiedenen Verhältnissen in verschiedenen Organen, und weitere Untersuchungen werden wahrscheinlich zeigen, dafs Tuberkelbazillen noch öfter, als man bisher geglaubt hat, in der Haut bei Leprösen zu finden sind.

2. **Quecksilbertherapie und v. WASSERMANNs Reaktion,** von KARL MARCUS-Stockholm. Aus seiner schwedisch geschriebenen Habilitationsschrift, in der die Resultate von etwa 3000 WASSERMANNschen Untersuchungen verarbeitet werden, bringt Verfasser einen zusammenstellenden Artikel, aus dem etwa das Folgende hervorgeht:

Der Einflufs der Hg-Therapie bei dem WASSERMANN ist deutlich und regelmäfsig, sowohl nach der einzelnen Kur als auch bei älteren Luetikern lange Zeit nach beendigter Behandlung. Bei diesen ist das Prozent positiver WASSERMANNscher Reaktion umgekehrt proportional zur Anzahl vorausgegangener Behandlungen.

Verfasser ist der Ansicht von CITRON, dafs die positive Reaktion als ein Symptom aktiver Syphilis aufzufassen ist, weshalb er dieselbe als Indikation zur Behandlung bewertet.

Andererseits will er aber den Ausfall der Seroreaktion nicht als Richtschnur für die Therapie betrachtet wissen, also die intermittierende Behandlung nicht auf Grund eines negativen WASSERMANN aussetzen, da er der negativen Reaktion in den ersten Jahren der Syphilis keinen Wert beimifst.

3. **Über die Behandlung von Lupus erythematosus mit Röntgenstrahlen,** von LUDWIG MOBERG-Stockholm. Kurzer Überblick über die Literatur und Mitteilung von 18 eigenen Fällen, aus denen hervorgeht, dafs die Röntgenstrahlen eine ganz unzweideutige Einwirkung auf den Lupus erythematosus haben, wenn sie in hinreichend starker Dosis angewendet werden; notwendig ist dabei die Hervorrufung einer Reaktion, die ja nach Lage des Falles oberflächlicher oder tiefer sein mufs. Verfasser wendet sich darum gegen FRANK SCHULZ, der die Röntgentherapie beim Lupus erythematosus als „völlig erfolglos" bezeichnet. Dabei behauptet er keineswegs, dafs immer und in jedem Falle mit Röntgen allein vollkommene Heilung bzw. rezidivlose Heilung zu erreichen ist, dazu liegen die Fälle zu verschiedenartig.

4. **Über atypische Formen des Erythema induratum (BAZIN) und seine Beziehungen zur Tuberkulose**, von VIKTOR MUCHA-Wien. M. berichtet ausführlich über den klinischen Befund in vier und die histologischen Veränderungen in drei Fällen einer Hautaffektion, die er trotz ihrer teilweisen recht atypischen Form dem Erythema induratum (BAZIN) zuweist. Die eigentümlichen, sich bei allen Patienten in groſser Ähnlichkeit findenden Krankheitsherde sind mehr oder weniger orbikulär angeordnet und durch Apposition und Konfluenz chronisch entzündlicher Infiltrate zustande gekommen; sie zeigen im Zentrum narbig atrophische Veränderungen und gehören den tieferen Schichten der Haut an. Daneben fanden sich plattenförmige Infiltrate, an denen die Zusammensetzung aus einzelnen Knoten meist nur mehr durch die polyzyklische Begrenzung angedeutet war, ebenfalls in den tieferen Schichten der Cutis gelegen. Histologisch entsprach der Aufbau des Infiltrates der gewöhnlichen Struktur tuberkulöser Prozesse. Die Tuberkulinreaktion war dreimal lokal und allgemein positiv, der Tierversuch negativ; der vierte Fall wurde daraufhin nicht untersucht. Tuberkelbazillen konnten mit keiner Methode nachgewiesen werden. Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose und gliedert seinen Fall schlieſslich als atypische Form dem Erythema induratum BAZIN an.

5. **Beiträge zur Geschichte der Lepra in Ungarn**, von LUDWIG NÉKÁM-Budapest. Interessante historische Studie.

6. **Über eine atypische Erscheinungsform des Lupus erythematosus**, von G. NOBL-Wien. Ein seit dem zweiten Lebensjahre erkranktes, jetzt etwa achtjähriges Mädchen, das seit längerer Zeit in der Beobachtung des Verfassers gestanden, hat im Gesicht einen typischen Lupus erythematosus, auſserdem aber an den Extremitäten, besonders an den Unterschenkeln, die fast symmetrisch von den Malleolen bis zur Kniehöhe befallen sind, ausgebreitete Krankheitsherde, die klinisch und makroskopisch eine dem Lupus vulgaris nahestehende Hauttuberkulose annehmen lassen. Dabei ist die Tuberkulinreaktion negativ und die Tierimpfung erfolglos, während sich histologisch „die gewebliche Gleichartigkeit aller Eruptionsformen und ihre in allen Zügen dem Lupus erythematosus entsprechende Natur“ feststellen lieſs.

7. **Über Syphiliseruptionen, die während energischer Quecksilberbehandlung und kurze Zeit nach dieser oder auch nach Salvarsaninjektion auftraten**, von M. OPPENHEIM-Wien. Mitteilung von 16 Fällen, die nach Quecksilberbehandlung und von zwei Fällen, die nach Salvarsanbehandlung ausgebreitete syphilitische Eruptionen zeigten, deren einzelne Effloreszenzen entzündlichen Charakter haben, dokumentiert durch hellroten Hof, Sukkulenz, Schmerzhaftigkeit usw. Öfters kam es auch zur Ausbildung von Exanthemen, die sowohl morphologisch als auch in bezug auf die Lokalisation den Typus des Erythema exsudativum multiforme nachahmten. Auf eine Erklärung der beschriebenen Verhältnisse verzichtet OPPENHEIM.

8. **Ein schwerer Fall komplizierter Syphilis mit drei verschiedenen, einander folgenden sekundären Eruptionen**, von GEORGE PERNET-London. Der erste Ausschlag in dem beschriebenen Falle war eine Syphilis, dessen einzelne Plaques aus kleinen Papeln gruppiert waren; die Stellen wurden ulcero-gummatös und hinterlieſsen keloidartige Narben. Drei Monate später hatte der Patient eine Syphilis circinata und gyrata und wiederum 3/4 Jahr später ein psoriasisähnliches polymorphes Syphilid. Der Patient ist während der ganzen Kur mit Pillen intern behandelt worden und Verfasser gibt selbst zu, daſs der Verlauf bei intensiverer Behandlung sich vielleicht anders gestaltet hätte.

9. **Zur Behandlung der Blastomykosis der Haut**, von O. v. PETERSEN-St. Petersburg. In einem Falle, in dem wegen der Ausdehnung der Affektion von Exzision ebensowenig die Rede sein konnte wie von Paquelinisieren und in dem die

lokalen antiseptischen Maſsnahmen keinerlei Resultate gezeitigt hatten, griff Verfasser zur Thermotherapie, die ja dank WELANDERS Vorschlag beim Ulcus molle so Vorzügliches leistet — besonders im Hinblick darauf, daſs die Hefepilze bei 40° C ihre Fortpflanzungsfähigkeit verlieren. Die Applikation von Hitze in Form von Heiſswasser-Gummibeuteln brachte in kurzer Zeit Heilung. Der Gummibeutel wurde täglich $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde aufgelegt; das Thermometer zwischen Beutel und Haut zeigte 42 bis 45° C. Einen ähnlich prompten Erfolg hatte Verfasser in einem zweiten Falle.

10. **Beiträge zur Statistik der Berliner Prostitution,** von FELIX PINKUS-Berlin. „Die Zahl der unehelich geborenen Prostituierten ist prozentual nicht gröſser als die der unehelichen anderen Einwohner Berlins.“ „Das Verhältnis der gestorbenen zu den geborenen Kindern Prostituierter (1 : 1,8) übersteigt auſserordentlich diese Zahl bei den übrigen Geburten in Berlin überhaupt (1 : 4,3) und auch der unehelichen allein (1 : 3,3).“ Was die Herkunft der Prostituierten aus den verschiedenen Erwerbsverhältnissen betrifft, so stimmen die Zahlen von PINKUS bei seinen 1500 Kranken genau mit denen der Statistik SCHWABES. — P. betont wiederholt, daſs nur groſse Statistiken brauchbar sind, da in kleineren die Prozentverhältnisse durch Zufälligkeiten beeinträchtigt werden.

11. **Über Pflegeheime für hereditär-luetische Kinder,** von O. ROSENTHAL-Berlin. Der Anregung WELANDERS folgend, ist auch in einem Vororte Berlins ein Pflegeheim für erblichkranke Kinder gegründet worden. R. berichtet über die in den 1$^1/_2$ Jahren des Bestehens gemachten Beobachtungen und erreichten Erfolge und betont, daſs diese Heime nicht nur existenzberechtigt, sondern notwendig sind.

12. **Über die lokale Wirkung des Salvarsans auf das Gewebe und seine Resorption bei subcutaner Injektion,** von SCHOLTZ und SALZBERGER-Königsberg. Die Verfasser haben umfangreiche und systematische experimentelle Untersuchungen angestellt über die Veränderungen, die von verschiedenen Lösungen und Suspensionen mit Salvarsan im Gewebe gesetzt werden. Sie beobachten stets eine vollkommene Nekrotisierung des betroffenen Gewebes, speziell also der Muskelfasern, Nerven und der Gefäſse. Die Nekrose in der Muskulatur war bereits 24 Stunden nach der Injektion nachweisbar. Noch nach vier Wochen lag der nekrotische Herd wie ein Fremdkörper plombenartig oder sequesterartig im Gewebe. Das Salvarsan selbst wurde nur zum kleineren Teile resorbiert und blieb bei den neutralen Suspensionen oder öliger Aufschwemmung zum allergröſsten Teil völlig unverarbeitet an den Injektionsstellen liegen. Dabei blieben die Herde fast vollkommen frei von Leukocyten und kapselten sich gegen die Umgebung scharf ab, so daſs von weiterer Resorption des gesetzten Depots kaum die Rede sein dürfte. „Hervorzuheben ist, daſs bei sämtlichen Herden vier Wochen nach der Injektion sogar am äuſseren Rand der Demarkationszone degenerierte Nervenstämme sich zeigten. Die Schädigung der Nervenstämme ist also deutlich nach auſsen fortgeschritten.“

13. **Beitrag zur Kenntnis des sog. Tripperrheumatismus,** von JAMES STRANDBERG-Stockholm. In WELANDERS Klinik sind von 1900—1910 wegen Tripper 2681 Männer und 1124 Frauen behandelt worden und von diesen 104 Männer und 26 Frauen wegen Tripperrheumatismus. Allerdings sind dabei alle mit gröſster Wahrscheinlichkeit von Gonokokken herrührenden Affektionen an Gelenken, Sehnen, Sehnenscheiden, Periost, Nerven und auſserdem die sog. serovaskuläre Konjunktivitis, einige Fälle von Iritis und ein paar Fälle von Endocarditis hierher gerechnet worden. Verfasser macht eine Reihe statistischer Angaben über Zeit des Auftretens, Zusammentreffen verschiedener Komplikationen, Resultate der angewandten Behandlungsmethoden usw. und führt einzelne Krankengeschichten als Belege an.

14. **Drei Fälle von Venensyphilis,** von JAMES STRANDBERG-Stockholm. Kasuistik; histologische Untersuchungen.

15. **Über die Behandlung des Trippers beim Weibe,** von ALMA SUNDQUIST-Stockholm. Erfahrungen aus der langjährigen Tätigkeit der Verfasserin, die seit 1903 an der städtischen Poliklinik zu Stockholm für geschlechtskranke Frauen angestellt ist. In allen als geheilt bezeichneten Fällen sind zuerst mindestens vier negative Gonokokkenproben entnommen worden, wonach die Behandlung auf eine Woche unterbrochen worden ist. Danach sind wieder drei Proben in zwei- bis viertägigen Zwischenräumen untersucht worden und schliefslich ist noch eine Untersuchung nach der nächsten Menstruation gemacht worden. Behandelt wurde meist jeden zweiten Tag unter Einführung des Mittels in den Cervix, meist nicht in die Korpushöhle. Trotz ambulanter Behandlung wurden im allgemeinen, auch in akuten Fällen, recht gute Resultate erzielt, wenn auch oft erst nach langer Zeit. — In vielen Fällen hat Verfasserin Argentum und verwandte Mittel durch Salzsäure ersetzt, die billig ist und keine Flecken macht und in $^1/_2$%iger Lösung gute Wirkung gezeitigt hat.

16. **Die sog. Adjuvantien in der allgemeinen und lokalen Behandlung der Syphilis,** von GEORGES THIBIÈRGE-Paris. TH. betont, dafs man nie Hg-Kuren in schematischer Weise vornehmen soll, sondern in individueller Weise je nach Lage des Falles mit interner Behandlung und lokalen Mafsnahmen kombinieren mufs. Er bringt einige Krankengeschichten, die dies in treffender Weise belegen. Besonders syphilitische Ulcerationen benötigen häufig lokale Eingriffe bzw. heilen allein unter solchen ohne Allgemeinbehandlung. In vielen Fällen wirken auch andere, nicht speziell antisyphilitische Medikamente, z. B. Teer, Schwefel usw., aufserordentlich unterstützend.

17. **Einige Fälle von Atrophia cutis idiopathica,** von LUDWIG TÖRÖK-Budapest. Mitteilung von vier Fällen, von denen drei dadurch bemerkenswert waren, dafs die typischen Hautveränderungen der diffusen idiopathischen Hautatrophie mit solchen der makulösen Form vergesellschaftet waren. Im vierten Falle war die atrophische Haut nicht gefältelt, sondern fest über die Unterlage gespannt und von derselben nicht abhebbar.

18. **Neue Untersuchungen über Vernix caseosa,** von P. G. UNNA und L. GOLODETZ. Die umfangreiche Monographie beschäftigt sich mit eingehenden chemischen Untersuchungen des Vernixfettes, mit mikroskopischen und mikrochemischen Untersuchungen der Vernix caseosa im frischen und entfetteten Zustande usw. und kommt zu folgenden Schlufssätzen: Die Vernix caseosa ist kein Wollfett und enthält keinen Talg; das Fett der Vernix caseosa ist kein Sekretfett, sondern ein Zellfett, und zwar das Eigenfett der fötalen Hornzellen; das Aufsenfett der Vernix caseosa wird durch Ausschwitzung des Innenfettes erzeugt. Die Verhornung der fötalen Oberhaut geht einfacher vor sich als die der Oberhaut des Erwachsenen; es fehlt die Stufe des Keratohyalins, während Eleidin und Glykogen erhalten bleiben. Die Vernix caseosa des Neugeborenen ist lediglich der Rest der Hornschicht einer früheren Fötalperiode.

19. **Zur Behandlung besonders schwer zu heilender Ekzemfälle,** von TH. VEIEL-Cannstatt. In drei aufserordentlich schwierig liegenden Fällen, die mitgeteilt werden, haben Pinselungen mit wässeriger 5%iger Tanninlösung, mit oder ohne Glycerinzusatz, gute Dienste getan.

20. **Beiträge zum Studium der experimentellen Kaninchensyphilis,** von A. WIMAN-Gothenburg. Impfversuche, die teils mit infektiösem Material vom Menschen, teils mit Serienvirus von Kaninchencornea drei Jahre hindurch an nahezu 700 Tieren vorgenommen wurden. In einer Versuchsreihe von 15 kräftigen Kaninchen wurden die Tiere in den Hoden geimpft, teils mit Serienvirus, teils wurden ihnen Emulsionen von Testes und von Knochenmark von anderen in die Testes geimpften Tieren ein-

gespritzt; bei diesen kam es ausnahmslos zu einer Allgemeininfektion, die sich in den meisten Fällen mit Marasmus und Haarausfall und bei zwei derselben mit spirochäten haltigen lokalen Affektionen geäufsert hat.

21. **Ein Beitrag zu Versuchen über postmortale Pigmentbildung**, von Rudolf Winternitz-Prag. In ähnlicher Weise wie Meirowsky und Königstein konnte W. nachweisen, dafs Hautstückchen unter dem Einflufs der Wärme eine Verfärbung der Epidermis eingehen; der Grad der Verfärbung wird durch die stets auftretende Schrumpfung erhöht. Eintrocknen der Haut bewirkt eine Dunkelfärbung, welche durch nachheriges Aufquellen wieder beseitigt wird. Behandlung der Haut mit oxydierenden und reduzierenden Substanzen von nicht bedeutender Konzentration hindert das Eintreten der postmortalen Verfärbung nicht. — In der Haut des Kaninchens ist manchmal ein Stoff vorhanden, welcher mit dem Adrenalin durch die positive Eisenchloridreaktion und die Fähigkeit, die Froschpupille zu erweitern, Ähnlichkeit hat.

22. **Über Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita**, von Stefan Wysocki-Breslau. Elf sehr instruktive Krankengeschichten, die deutlich bestätigen, dafs es ein typisches Bild für luetische Gelenkerkrankungen nicht gibt, sondern alle nur denkbaren Variationen in den Gelenkerscheinungen auf Lues beruhen können; selbst das Bild der akuten, mit hohem Fieber einhergehenden Polyarthritis ist beobachtet worden, Fälle, in denen erst das Versagen der Salicyltherapie und die positive Seroreaktion zur spezifischen Behandlung mahnten. Die Behandlung mufs meist eine recht energische sein; wie einige Fälle zeigen, ist die Schmierkur oft ungenügend — mit Vorliebe hat Verfasser zum Kalomel gegriffen. In einigen Fällen der Spätperiode scheint Jod notwendig zu sein.

23. **Multiples, idiopathisches Hautsarkom mit Knochenmetastasen**, von Leo v. Zumbusch-Wien. Ein 70jähriger Kaufmann, bei dem der Beginn des Leidens etwa zehn Jahre zurückliegt, hat Schmerzen im Fufse beim Gehen, die zu einer Röntgenuntersuchung Veranlassung geben; dabei finden sich multiple, scharf umschriebene Knochenherde, die verschieden grofs, isoliert und weit voneinander zerstreut liegen — ganz unabhängig von der Lokalisation der Hautknoten, die durchwegs ziemlich klein waren und keineswegs tief reichten, überhaupt relativ spärlich waren.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band XIV, Heft 8. Mai 1911.

Primäre Aktinomykosis der Haut, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. 60jährige Wäscherin mit Affektion der rechten Wange ohne Beteiligung der Schleimhaut oder Drüsen; sekundäre Knötchen in der Stirngegend, anscheinend manuell durch Kratzen übertragen. Rasche Heilung durch Jodkalium. Bakteriologische und histologische Untersuchungen. *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Das klinische Verhalten der Leber bei Scharlach, von E. Rach und A. v. Reuss-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) Zu der gleichnamigen Arbeit von Hildebrandt bemerken Verfasser, dafs sie im *Jahrbuch für Kinderheilkunde* noch vor kurzem auf das häufige Auftreten von Urobilin im Harne von Scharlachkranken (am reichlichsten etwa am fünften oder sechsten Krankheitstage) und auf eine ikterische Färbung, namentlich während der Höhe des Exanthems, aufmerksam gemacht haben. Die differentialdiagnostische Bedeutung der Urobilinurie sei aber nicht als besonders erheblich einzuschätzen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung von eitriger Scharlachotitis mit Bakterienvaccine, von Paul G. Weston-Philadelphia und John A. Kolmer-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 15.) Empfehlung der Methode; Kontraindikationen sind andauernd hohes Fieber, Nephritis, Toxikämie. *Schourp-Danzig.*

Der heutige Stand der Scharlachdiätetik und -Therapie, von F. Grossmann-Budapest. (*Gyermekorvos,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 4.) Verfasser wendete zweierlei Serum an: das Moser-Serum und das Aronsonsche, das unter dem Namen Antistreptokokkenserum-Höchst im Verkehr ist. Er machte die Wahrnehmung, dafs das septische Fieber, das keinerlei Antipyretikum und auch nicht der Hydrotherapie nachgibt, nach Serumdotierung oft kritisch abnimmt; das Sensorium wird klar, die cerebralen Symptome werden milder, das Exanthem verschwindet rasch. Wenn aber keinerlei Wirkung auf den Prozefs geübt wird, geht Patient nach einer fulminanten Sepsis manchmal in ein bis zwei Tagen zugrunde. Unbegründete Gewichtsvermehrung spricht für Wasserretention. Salz-, Wasser- und Eiweifseinfuhr mufs in solchen Fällen eingeschränkt bzw. geregelt werden. Eiweifs kann soviel gegeben werden, wie nitrogenhaltige Stoffe die Nieren auszuscheiden imstande sind. Chlorarme Nährmittel, wie Milch, sollen nur soviel verabreicht werden, wie durch die Nieren wieder ausgeschieden werden können. Teebutter, ungesalzene Kartoffeln, Reis, Gries, ungesalzenes Griesbrot, Fische, ungesalzenes Fleisch, Zucker, Obst, Obstsäfte, Eier können solange gegeben werden, als keine Eiweifsüberernährung hervorgerufen wird. Mit Urotropin, Helmitol und Hetralin nahm Verfasser Versuche vor, aber er konnte sich von ihrem prophylaktischen Werte nicht überzeugen. War Urin im Blute, gab er Mercksches Stypticin oder Ergotin mit gutem Erfolge. Wenn der Urin nur Eiweifs enthält, so verabreichte er Chininum tonicum. Trat Oligurie auf, so erreichte er gewöhnlich mit Diuretin, Agurin, Theocin, Kalium aceticum und alkalischem Mineralwasser guten Erfolg; in schweren Fällen wurde auch Digitalis oder Coffein gegeben. Nach der Venenresektion, die in Verfassers Abteilung seit vier Jahren bei Urämie vorgenommen wird, gibt er eine Hypodermoklyse mit 200 bis 300 ccm isotonischer Kochsalzlösung. Er hatte aber auch Urämiefälle, die nach dem geschilderten Verfahren nicht geheilt wurden. *Porosz-Budapest.*

Jodipineinspritzungen bei Scharlach, von A. Daiber-Gofslershausen, Wpr. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 10.) An der Hand von zwölf Krankengeschichten sucht Verfasser zu erweisen, dafs Jodipininjektionen das Befinden von Scharlachkranken zu bessern und den Verlauf der Krankheit günstig zu beeinflussen vermögen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Prophylaxe und Therapie der Masern. Klinischer Vortrag von F. Siegert-Köln. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 31.) Die Infektionsgefahr bei Masern beginnt nach S. im katarrhalischen Stadium, erreicht ihren Höhepunkt zur Zeit des Überganges in das Eruptionsstadium und ihr Ende mit dem Schwinden des Exanthems und mit vollendeter Entfieberung. Aufserhalb des Masernkranken lebt der Krankheitskeim nur wenige Stunden, kann aber während dieser Zeit durch dritte Personen auf Gesunde übertragen werden; Übertragung durch Gegenstände auf weite Entfernung ist ungemein selten. Demzufolge ist Isolierung des Kranken oder Entfernung seiner Geschwister nach dem Auftreten des Exanthems ebenso zwecklos wie die Desinfektion des Krankenzimmers nach Ablauf der Erkrankung. Die durchmaserten Geschwister eines isolierten Masernkranken können jederzeit, die nichtdurchmaserten nur eine Woche lang die Schule besuchen, die letzteren sind dann acht Tage hindurch aufs genaueste zu beobachten. Masernkranke und ihre Umgebung drei Wochen lang streng zu isolieren, ist unnötig; der Kranke, der nach abgelaufenem Exanthem entfiebert ist und gebadet wurde, seine Umgebung und das einige Stunden hindurch gut gelüftete Krankenzimmer sind nicht mehr als infektiös zu betrachten. Bei aufmerksamer Beobachtung lassen sich Masernerkrankungen wenigstens zu Zeiten einer Epidemie auf Grund fieberhafter katarrhalischer Erscheinungen und des Auftretens der Gerhardt-Koplikschen Flecken zum mindesten 48 Stunden vor Ausbruch des Exanthems feststellen. — Unkomplizierte Masernfälle ins Hospital zu verbringen, ist nur dann angängig, wenn jede geeignete Pflege und Ernährung zu Hause unmöglich ist und wenn andererseits im Hospital die nötigen Garantien gegen die weitere Übertragung von Infektionskrankheiten geboten sind. — Bezüglich der Therapie wird Neues nicht vorgebracht. *Götz-München.*

Einige Bemerkungen über eine Masernepidemie, von Ricardo Saénz de Santa Maria y Marron. (*Revista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 12.) Das Bemerkenswerte an dieser Epidemie war das vorwiegende Vorhandensein eines Exanthems sowohl im Munde (Stomatitis erythematosa) als im Darm (schwere choleriforme Durchfälle). Das Koplıksche System wurde nur selten beobachtet. *Gunsett-Strafsburg.*

Eine ungewöhliche Komplikation der Masern, von A. J. Couper. (*Glasgow med. Journ.* März 1911.) Bei einem masernkranken Kinde, nahm die Erkrankung den normalen Verlauf, bis am 16. Tage plötzliche Temperatursteigerung und tags darauf eine ödematöse Schwellung des rechten Handrückens auftrat. Die Schwellung wurde immer stärker, ergriff allmählich den ganzen Arm bis zur Achsel, die Haut verfärbte sich violett und es traten Blasen mit blutigem Inhalte auf. Am 21. Krankheitstage starb das Kind. Die Sektion ergab einen Thrombus in der Vena subclavia. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Experimentelle Untersuchungen über Typhus exanthematicus, von Nicolle, Conor und Conseil. (*Ann. d. l'inst. Pasteur.* 1911. Nr. 1 u. 2.) Aufser den bereits früher (*Ann.* 1910, Nr. 4) mitgeteilten Resultaten stellen die Verfasser noch folgende Sätze auf: Das Überstehen eines schweren Typhusanfalles verleiht Immunität, die etwa vier Tage nach der Entfieberung einsetzt und nach 14—20 Tagen schwindet. Ein leichter Anfall gibt nicht regelmäfsig Immunität. Damit ist ein Fingerzeig für eine prophylaktische und therapeutische Verwertung des Exanthematikerserums gegeben. Der Erreger, der weder mikroskopisch noch ultramikroskopisch festgestellt werden konnte, geht durch den Berkefeldfilter durch und wird bei 50—55° vernichtet. Die Übertragung geschieht durch Flohstich, und zwar sind die Flöhe vom 5.—7. Tage nach ihrer Infektion ansteckungsfähig. Die Prophylaxe hat ihr Augenmerk nicht nur auf die Flöhe, sondern auch auf die Patienten zu richten, da letztere vom zweiten Tage vor dem Fieberbeginne bis zum zweiten Tage nach der Entfieberung infektiös

sind. Die Zahl der Leukocyten steigt nach der Infektion, sinkt von Beginn des Fiebers und während der ersten Fiebertage, steigt dann wieder, um schliefslich innerhalb von vier Wochen zur Norm zurückzukehren. Der Abfall vor dem Fieberausbruche hat pathognomonische Bedeutung. Das Exanthematikerserum wirkt agglutinierend auf „Micrococcus melitensis".
Richard Frühwald-Leipzig.

Weitere Untersuchungen über den Flecktyphuserreger, von W. Predtjetschensky-Moskau. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 58, Heft 2.) P. fand schon bei früheren Untersuchungen im Blute eines jeden Flecktyphuskranken während der Periode des höchsten Fiebers stets ein und dasselbe eigenartige Stäbchen, und zwar nach seiner Methode (zweimaliges Zentrifugieren) in Ausstrichpräparaten. Auffallend war dabei der Zusammenhang zwischen der Anzahl der im Ausstriche sich befindenden Stäbchen und der Schwere des Falles, in besonders schweren, letalen Fällen des Flecktyphus fanden sich sogar massenweise die Stäbchen. P. fand diese Befunde bei neueren Untersuchungen nicht nur bestätigt, sondern diese eigenartigen Stäbchen wurden auch sehr oft und in grofser Anzahl im Sputum und im Urin derselben Kranken gefunden, so dafs er annimmt, dafs sie zum Flecktyphus in engster Beziehung stehen, die Erreger desselben sind. Unter diesen Verhältnissen wäre die grofse Verbreitungsfähigkeit des Flecktyphus leicht zu erklären, besonders, wenn man, wie es heute noch oft der Fall ist, Sputum und Urin vollkommen unbeachtet läfst; die Seuche kann auf diese Weise nicht nur durch Kranke, sondern auch durch Genesende verbreitet werden, wie P. einige Fälle von sogenannten „Flecktyphusträgern" sah. Damit möchte er aber nicht andere Verbreitungswege des Flecktyphus, wie durch Insekten, Ektoparasiten (Läuse) ausschliefsen, wenn auch die Verbreitung durch Sputum und Urin weit besser die mannigfaltigen Tatsachen in der Epidemiologie des Flecktyphus erklärlich macht.
Stern-München.

Neues über den Typhus exanthematicus, von E. Bertarelli. (*Morgagni.* 31. Jan. 1911.) Bertarelli berichtet in diesem Aufsatz über die Versuche Nicolles, den Typhus exanthematicus auf Affen zu übertragen. Bekanntlich gelang es diesem Autor, beim Schimpansen durch Injektion von 1 ccm Blut eines Typhus exanthematicus-Kranken die Krankheit zu erzeugen, ebenso durch Injektion vom Blut des kranken Schimpansen bei einem Macacus sinicus. Desgleichen erreichte er, von Macacus auf Macacus die Krankheit vermittelst des Pediculus vestimentorum zu übertragen.
Gunsett-Strafsburg.

Zwei Fälle von Anwendung des Salvarsan bei Flecktyphus, von Tscherno-Schwartz und Halpern. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 11, S. 440.) In dem einen von den zwei Fällen von Flecktyphus wo die beiden Verfasser das Salvarsan intravenös injizierten, trat nach Anwendung von 0,3 Salvarsan eine zeitweilige Besserung ein (Sinken der Temperatur für einige Stunden unter Schweifsausbruch). In dem andern Fall stellte sich aber $^1/_2$ Stunde nach intravenöser Anwendung derselben Dosis ein Schüttelfrost ein, der von epileptiformen Zuckungen und Verlust des Bewustseins begleitet war. Für kurze Zeit kam der Kranke zu sich, um nach einiger Zeit von denselben Erscheinungen befallen zu werden und drei Stunden nach der Injektion zu sterben. Bei der Sektion fand man eine vergröfserte Milz, deutliche Hyperämie im Gehirn, in den Lungen, den Nieren und der Leber. Das Herz war nicht vergröfsert. Die Nieren normal. Die Leber vergröfsert und parenchymatös degeneriert.
Arthur Jordan-Moskau.

Abnormer Varicellenfall, von Wettendorff. (*La Policlin.* 1911. Nr. 3.) Vorstellung eines $2^1/_2$jährigen Mädchens mit Abscefs am Oberschenkel, der eine Loslösung der Haut in einer Ausdehnung von 8—10 cm und zwei Ulcerationen hervorgerufen

hatte. Das Kind bekam vor zwei Monaten einen typischen Varicellenausbruch und zeigt noch jetzt ziemlich charakteristische, disseminierte Varicellenbläschen.

Gunsett-Strafsburg.

Die Untersuchung von variolaverdächtigen Fällen: einige Gesichtspunkte von praktischer Bedeutung, von A. F. Cameron-London. (*Brit. med. Journ.* 1. April 1911.) Verfasser hatte während der Pockenepidemie von 1901—1902 in London ausgiebige Gelegenheit als Anstaltsarzt an der dortigen städtischen Aufnahmestation, die Krankheit in den Anfangs- und den späteren Stadien zu beobachten, denn die Krankenberichte, auf welche sich die vorliegende Arbeit stützt, umfassen nicht weniger als 1232 Fälle. Demgemäfs ist namentlich der kasuistische Teil interessant und lehrreich. Im übrigen wird in klarer und anregender Weise auf eine ganze Reihe von Momenten hingewiesen, welche von ausschlaggebendem, praktischem Werte sind, doch mufs zugegeben werden, dafs ähnliche Beobachtungen in mehr oder weniger analoger Weise schon von anderen Autoren vorgelegt worden sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Ätiologie der Menschenpocken, von O. Casagrandi-Cagliari. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 57, Heft 5.) Drei wichtige Tatsachen sind es, auf welchen fufsend C. seine weiteren Forschungen über die Spezifität des Pockenvirus unternehmen konnte: 1. Guarnieris Entdeckung der Züchtungsfähigkeit des Virus in der Kaninchenhornhaut und der nachträglichen Erzeugung jener eigentümlichen, als Cytoryctes variolae bezeichneten Körperchen in den Hornhautzellen, 2. Der von C. selbst erbrachte Beweis der Filtrierbarkeit des Virus durch Kerzen, die sich von den gewöhnlich sichtbaren und züchtungsfähigen Bakterien nicht passieren lassen und 3. die Gegenwart kleiner, mittels spezifischer Färbungen (Azur II und Eosin) beweisbarer, aktiv beweglicher Körperchen in den Zellen der mit filtriertem Variolavirus geimpften Kaninchenhornhaut. Diese feinen, nach Giemsas Färbung blauen Granula der mit Variolavirus behafteten Corneazellen, die durchaus mit den feinen, beweglichen, auf frischen Präparaten bei Dunkelfeldbeleuchtung sichtbaren Körnchen übereinstimmen, sind nach Verfassers Ansicht für die Variolainfektion spezifisch und müssen als die Pockenerreger angesehen werden. Es sind Beobachtungen vorhanden, welche die Annahme erlauben, dafs die feinen Variolagranula den Zellkern befallen und dafs bei ihrem Angriff sich im Kerne die Differenziation von Teilen vollzieht, die sich mit Giemsa blau färben, und metachromatisch von Teilen, von denen man vermuten, aber nicht behaupten kann, sie seien die Ursprungsquellen der Cytoryktes im Kerninnern. Andererseits gewahrt man in den Cytorykten Eigentümlichkeiten, die den Gedanken erwecken, dafs in ihnen das Virus andere Entwicklungsstadien durchmacht, die sich als geeignet zur Bildung von besonderen Körpern erweisen, welche C. vorläufig als nadelförmige bezeichnet, und welche mit den von anderen Forschern schon beobachteten, eingeschnürten Cytorykten, wahrscheinlich geradezu mit den Initialkörperchen von Prowazek, übereinstimmen könnten. Wenn von einigen Forschern soweit gegangen wird, hiermit verschiedene Phasen eines sexuellen und asexuellen Zeugungskreises des Variolavirus festzustellen, so kann sich C. mit seinen Befunden nicht entschliefsen, diese Hypothesen als erwiesen anzunehmen. *Stern-München.*

Weifse Pocken, von M. Rudolph - Estrella do Sul (Brasilien). (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Abarten von Variola in den Tropen sind zwar hin und wieder, aber immer nur kurz und unzulänglich in der Literatur erwähnt. Bei der von R. unter der Bezeichnung der „weifsen Pocken“ beschriebenen Affektion handelt es sich um eine pockenartige Erkrankung, welche ganz erheblich milder als die echte Variola verläuft, nur in Ausnahmefällen zur Narbenbildung führt und nach anfänglich hohem, kurzem Fieber kritisch abklingt. Die Vaccineimpfung gewährt einen so gut wie absoluten Schutz gegen dieses Leiden; dagegen ist schon einige (6—8) Monate

nach dem Überstehen desselben der Organismus wieder durchaus empfänglich für die Impfung; eine weitere Unterscheidung gegen die echte Variola und Variolois bildet die Lokalisation der Hautläsionen. Die Exsudation erstrekt sich nicht bis ins Rete Malpighi, sondern ist auf die Hornschicht beschränkt, deren beide Lagen von dem Sekret auseinandergedrängt werden. Demgemäfs tritt im weiteren Verlauf keine Nabelung der Pusteln ein, und es entstehen nur bei etwaiger nachträglicher Streptokokkeninfektion dauernde Narben wie nach echten Pocken. Für die weifsen Pocken charakteristisch ist die nach dem Abfallen der Sekretkruste etwa am 14.—15. Tage hervortretende, leicht erhabene, etwas livide Narbe, die in normalen Fällen schon nach einigen Monaten kaum noch zu erkennen ist. Die Mortalität betrug nach R.s Beobachtungen 2½%, wobei als erschwerende Faktoren oft ein Mangel an jeglicher hygienischer Einrichtung und Pflege sowie Komplikationen (namentlich Lepra) schwer ins Gewicht fielen. Zur Ätiologie ist noch zu erwähnen, dafs Verfasser im Ausstrich von BERKEFELD- und dem Belag auf der Kolloidschicht des Ultrafiltrats viele kleine pockenähnliche Körperchen fand, welche sich mit GIEMSA dunkelrot färben und abgesehen von ihrem etwas gröfseren Umfang sehr an die von VOLPINO, PASCHEN u. a. bei Variola bzw. Vaccine gefundenen Körperchen erinnern.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Variola im roten Licht und im Dunkeln, von C. H. WÜRZEN - Kopenhagen. (*Brit. med. Journ.* 6. Aug. 1910.) Nach FINSENS Vorgang ist der Gebrauch des Rotlichts im Oresundshospital in verschiedenen Fällen angewandt worden und hat gute Resultate ergeben. Es ist aber darauf aufmerksam zu machen, dafs rote Glasscheiben öfters mangelhaft gefärbt sind. W. fand, dafs unter 45 Proben nur 24 vollkommene Absorptionskraft besafsen. Kann man nicht Rotlicht tadellos herstellen, so soll man die Kranken lieber in der Dunkelkammer halten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Erreger der Variolavaccine. Immunitätsverhältnisse bei Variolavaccine, von E. PASCHEN. (*Handb. d. Tech. u. Meth. d. Immunitätsforschung.* 1910. G. Fischer, Jena.) Bringt die in der Literatur niedergelegten sowie die eigenen Erfahrungen über den Erreger der Variolavaccine, seine Eigenschaften (Filtrierbarkeit, Resistenzverhältnisse), über Züchtungsversuche, Übertragung auf Tiere und über seinen Nachweis. Eingehend sind die Immunitätsverhältnisse dargelegt, an die sich die Versuche über Komplementfixation anreihen. Jedem Kapitel ist ein Literaturverzeichnis beigegeben. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Frage der Impfbelehrung, von R. W. RAUDNITZ - Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Verfasser glaubt durch Aufklärung der Bevölkerung, die schon in den Volks- und Bürgerschulen durch geeignete Lesestücke in den Lesebüchern beginnen soll, ein gröfseres Verständnis für die Notwendigkeit der Impfung wecken zu können; dies scheint ihm im Hinblick darauf notwendig, dafs in den letzten Jahren in Böhmen fast die Hälfte der Erstimpflinge ungeeimpft geblieben ist. (In Österreich besteht bis heute noch keine Zwangsimpfung.) *W. Lehmann-Stettin.*

Impfdienst der Lyoner Spitäler. Statistik für das Jahr 1910, von BORKY. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 52.) Der Impfdienst der Lyoner Spitäler funktioniert folgendermafsen: Alle acht Tage werde sämtliche neu eingetretenen Spitalinsassen vom städtischen Impfarzt geimpft, und zwar in allen Abteilungen, in denen sich der jeweilige Oberarzt mit der Impfung einverstanden erklärt hat. Letzterer bestimmt diejenigen Fälle, bei denen eine Impfung nicht zu geschehen hat (schlechter Allgemeinzustand, Fieber, Verbrennungen, allgemeine Körperausschläge usw.). Alle anderen Fälle werden ausnahmslos der Impfung unterzogen. Dieser seit ein Jahr funktionierende Dienst gestattet, den Erfolg der Revaccination, die Dauer der Immunität auch beim Erwach-

senen und in vorgeschrittenem Lebensalter an einem gröfserem Materiale zu studieren. Aus den erfolgreichen Revaccinationen Erwachsener jeden Alters geht hervor, wie selten eine definitive und komplette Immunität troz einer oder mehrerer Impfungen angetroffen wird. Der Arbeit sind eine Reihe statistischer Tabellen beigegeben, welche im Original eingesehen werden müssen. *Gunsett-Strafsburg.*

Der Wert der Impfung und der Wiederimpfung, von F. M. Sandwith-London. (*Lancet.* 24. Dez. 1910.) Verfasser weist auf die grofsen Gefahren hin, welche durch die ungenügende Durchführung der Impfung in England hervorgerufen sind. Es ist nicht nur keine Wiederimpfung obligatorisch, sondern es kann bekanntlich seit dem Jahre 1908 durch eine geringfügige Formalität die Verpflichtung der Eltern zur Vornahme der Impfung ihrer Kinder überhaupt annulliert werden. Man schätzt, dafs mindestens etwa 30% aller Kinder ungeimpft bleiben. Dabei hat man an gelegentlichen Epidemien in den letzten Jahrzehnten deutlich die Schutzkraft der Impfung erkennen können. In Preufsen starben im Jahre 1872 nicht weniger als 270 von 100000 Einwohnern an Pocken. Seit 1874 hat man nach den Statistiken einer sechsjährigen Periode etwas unter 1—4,1 pro 100000 Todesfälle (meist Ausländer) zu verzeichnen gehabt. Als ein weiteres Beispiel für die Wirksamkeit der Impfung führt Verfasser die Beobachtungen, die auf Kuba bei Gelegenheit einer Pockenepidemie im Jahre 1898 gemacht wurden, an. Von den dorthin gesandten, planmäfsig geimpften Soldaten erkrankte kein einziger, trotzdem die Epidemie unter den Einheimischen mehr als 4000 Personen ergriffen hatte, mit einer Durchschnittssterblichkeit von 30 Fällen täglich. Verfasser zitiert auch einige weitere beweiskräftige Vorkommnisse.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von sogenannter Unempfänglichkeit gegen Kuhpockenimpfung, von J. D. Staple - Bristol. (*Lancet.* 25. Feb. 1911.) In England gibt es, wie S. mit grofsem Bedauern konstatiert, viele Aerzte, welche beim Impfen sich mit einer einzigen Inzision begnügen und alsbald, wenn die Impfung resultatlos verlief, eine Bescheinigung ausstellten, dafs das betreffende Individuum gegen die Impfung immun sei. Er berichtet über einen Knaben von 4½ Jahren, der dreimal mit je einem einzigen Stich erfolglos geeimpft und als immun attestiert worden war. Die von ihm nunmehr ausgeführte Impfung lieferte prompt ein positives Resultat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über Kuhpocken beim Menschen; nebst einem Bericht über einen kürzlich beobachteten Fall, von R. W. Cruickshank-Eynsham. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1910.) Verfasser wurde von einem 38jährigen Landwirte wegen einer ödematösen Schwellung und Papelbildung am unteren Augenlide konsultiert. Die ersten Symptome hatten sich zwei Tage zuvor mit Juckreiz, Rötung und Auftreibung an dieser Stelle bemerkbar gemacht. Im weiteren Verlauf entwickelte sich unter zweitweilig nicht unerheblicher Störung des Allgemeinbefindens ein 2 cm langes und 1 cm breites Geschwür, und die vollständige Heilung nahm etwa acht Wochen in Anspruch. Der Patient war nur einmal (37 Jahre zuvor) geimpft worden. Die nach Heilung der Affektion vorgenommene Impfung mit nachweislich wirksamer Lymphe verlief vollständig negativ. Die Kühe des Patienten wiesen vielfach Geschwüre der Kuhpocken an den Eutern auf. 2 Abbildungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zwei Fälle von Tetanus nach Schutzimpfung, von A. J. Silverstein-Newark. (*New York med. Journ.* 11. Feb. 1911.) Die beiden Fälle betrafen zwei Kinder, welche die gleiche Schule besuchten und wovon bei dem einen, einem neunjährigen Mädchen, der Tetanus nur vier Tage, bei dem anderen, einem siebenjährigen Knaben, derselbe 14 Tage nach der Impfung ausgebrochen war. In beiden Fällen waren die Symptome ganz ausgesprochene: Krämpfe der Ober- und Unterextremitäten, der Bauch- und

Nackenmuskulatur (Opisthotonus und Trismus). In dem ersten Falle wurden 10,500 Antitoxineinheiten innerhalb fünf Tagen, im zweiten 20,100 innerhalb sechs Tagen injiziert und nach anhaltender Besserung mit Chloral und Brom fortgesetzt; 8 bzw. 13 Tage nach Beginn der Heilseruminjektionen waren die Patienten aufser Gefahr und bald darauf völlig wiederhergestellt. Nachdem der Wert des Tetanusheilserums als prophylaktisches Mittel ein unbestritten grofser ist, glaubt S., dafs es auch als Heilmittel seine Probe bestanden habe. *Stern-München.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Beitrag zur Geschichte des Aussatzes, von Paul Richter. (*Arch. f. Gesch. d. Med.* 1910.) Kritische Besprechung der ältesten Arbeiten über Lepra, besonders der von arabischen Ärzten stammenden. Zu kurzem Referate nicht geeignet.
Richard Frühwald-Leipzig.

Über Lepra, von Gerber-Königsberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) Dafs die Lepra am häufigsten in der Nase beginnt, ist wohl sicher, dafs aber der Primäraffekt, wie Sticker meint, immer in der Nasenschleimhaut seinen Sitz hat, hält G. nicht für richtig. Beim Lupus liegen die Verhältnisse bezüglich der Entstehung ganz ähnlich wie bei der Lepra; und die Bekämpfung des Lupus wird nach G.s Ansicht erst Erfolg haben, wenn man der Untersuchung des Naseninnern mehr Aufmerksamkeit zuwendet. Bei fast allen Leprösen erkranken früher oder später die oberen Luftwege, und ein grofser Teil der Leprösen geht an Kehlkopflepra, an den Folgen behinderter Atmung oder direkt an Erstickung zugrunde. — Über das Vorkommen der Leprabazillen in den oberen Luftwegen hat G. vor Jahren eingehende Untersuchungen vorgenommen und ist dabei zu folgenden Resultaten gelangt:

In den gesunden oberen Luftwegen Lepröser, sowie Gesunder, mit Leprösen Zusammenlebender sind im allgemeinen keine Bazillen nachzuweisen.

Die typisch erkrankten oberen Luftwege sondern fast ausnahmslos und beständig Leprabazillen ab, und zwar in solchen Massen, dafs alle anderen Herde dagegen verschwinden. Die gröfste Bazillenaussaat liefert die Nase.

Je weiter nach unten der Herkunftsort des Sekretes liegt, um so bazillenärmer ist dieses.

Der Nachweis in den flüssigen, wie in den eingetrockneten Sekreten gelingt noch nach Wochen, Monaten bis zu einem Jahre.

In die Umgebung gelangen die Bazillen sehr reichlich durch Niesen, aber auch durch Husten und Spucken.

Als Zwischenträger kommen in erster Linie Taschentücher in Betracht, in deren Waschwasser selbst noch reichlich Bazillen nachzuweisen sind, dann alle Wäsche und Kleidungsstücke die mit den Sekreten in Berührung kommen.

Bazillen fand G. in diesen — allerdings gut gereinigten — Wohnräumen der Leprösen weder an den Betten, noch an den Wänden, Fufsböden usw.

Auch im Trachealsekret unterhalb der Tracheotomiewände fand G. keine Bazillen. *Götz-München.*

Symptomatologie der Lepra, von Howard Fox - New York. (*New York med. Journ.* 15. April 1911.) Kurze, mit Abbildungen illustrierte Darstellung der zwei Haupttypen der Lepra, der Knötchenform, bei welcher Haut und Schleimhäute hauptsächlich befallen sind, und der anästhetischen, bei welcher hauptsächlich das Nervensystem betroffen ist; bei einer grofsen Anzahl von Fällen sind jedoch beide Formen zu der gemischten kombiniert. Von den 30 Fällen, welche F. in New York sah, be-

trafen die Mehrzahl die Knötchen- oder gemichte Form, die anästhetische dagegen schien sehr selten zu sein. Ein sehr frühes, in vielen Fällen besonders des Knötchentypus vorkommendes Symptom ist hartnäckige Rhinitis, verbunden mit leichten Anfällen von Epistaxis; Früherscheinungen sind ferner zeitweise auftretende Neuralgien der Beine, Pruritus, Hyperästhesie, profuse Schweiſse usw. Die erste Eruption der Lepra kann wenige Tage oder auch Jahre später auftreten und besteht in kongestionierten erythematösen Flecken, ähnlich dem Erythema multiforme; sie sind von Erbsen- bis Handtellergröſse, scharf oder weniger deutlich umschrieben, symmetrisch angeordnet; ihr Lieblingssitz sind Gesicht, Streckseiten der Extremitäten, Gesäſs und Rücken. Das erste, nun folgende Auftreten der Knötchen wird meist durch Fiebersymptome eingeleitet; durch die Knötcheninfitration wird Ausfallen der Augenbrauen bewirkt, was eines der ersten Symptome der Knötchenlepra darstellt. Die gewöhnliche Entwicklung der Knötchen ist, langsam durch Resorption zu verschwinden und eine leichte Narbe zu hinterlassen oder (seltener) in fibröse Degeneration oder Ulceration (in tropischen Gegenden, bei unsauberen Patienten) überzugehen. Rachen, harter und weicher Gaumen, Epiglottis, Zungenrücken und weniger oft Mundschleimhäute werden früher oder später von diffusen knotigen Infiltrationen befallen, welche eine Zeitlang bestehen bleiben oder resorbiert werden, ulcerieren oder vernarben. Leistendrüsen und weniger oft die Achsel- und Halsdrüsen sind vergröſsert, der Urin enthält Eiweiſs und Cylinder, aber keine Leprabazillen. Der Verlauf der Knötchenlepra ist in den meisten Fällen ein chronischer, 8—10 Jahre währender, der günstigste Ausgang der Übergang zur anästhetischen Form, wodurch die Symptome sich bessern und des Patienten Leben bedeutend verlängert wird. Auſserdem bildet der Patient mit Knötchenlepra im Endstadium ein Bild des Jammers: das Gesicht von einer Masse von Knötchen entstellt, wovon viele mit Krusten und Geschwüren bedeckt, die Stimme verloren, das Augenlicht zerstört, der Körper abgemagert, der Schlaf durch heftige neuralgische Schmerzen gestört; allgemeiner Marasmus, Larynxstenose oder eine interkurrente Krankheit oder Komplikation wie Pneumonie oder Lungentuberkulose bilden die Enderscheinungen. Der Beginn der a n ä s t h e t i s c h e n Form ist, wie jener der tuberösen, von Fieber begleitet und gibt sich durch ein maculöses oder bullöses Exanthem oder verschiedene Gefühlsstörungen kund, sodann kommt es in einer sehr frühen Periode schon zu einer Verdickung der Nerven, besonders der oberflächlich gelegenen wie des ulnaris und medianus. Früher oder später stellt sich Anästhesie ein, zuerst in den Fingern und Zehen und allmählich gegen den Rumpf zu ansteigend und wird schlieſslich eine vollständige, so daſs Patient imstande ist, Teile der Hände oder Füſse ohne den geringsten Schmerz amputieren zu lassen. Muskelatrophie ist eines der konstantesten Symptome der anästhetischen Lepra, die Atrophie der oberflächlichen Gesichtsmuskeln gibt dem Patienten zuweilen ein charakteristisches Gepräge, wie die Facies leonina dem tuberösen Leprakranken. Die Schleimhäute sind bei der anästhetichen Form viel weniger oft befallen wie bei der tuberösen. Ihr Verlauf ist ein ausgesprochen chronischer, im Durchschnitt etwa 15 Jahre währender. In manchen Fällen scheint der Krankheitsprozeſs zu einem Stillstand zu kommen und der Patient ist scheinbar geheilt. In einigen (wenigen) Fällen geht die anästhetische Form in die tuberöse über. Das Endstadium eines schweren Falles anästhetischer Lepra bietet ein völlig anderes Bild, wie jenes der tuberösen Form, aber ein in gleicher Weise jammervolles: der Patient mit anästhetischer Lepra ist abgemagert, kachektisch, muſs von Wärtern ernährt werden, leidet an Kältegefühl, Appetitlosigkeit, unstillbarem Durst und heftigen neuralgischen Schmerzen; der Tod tritt meist durch Marasmus, amyloide Degeneration der inneren Organe, Diarrhoe oder eine interkurrente Krankheit ein, selten in Folge von Lungentuberkulose. *Stern-München.*

Über die Verbreitung des Aussatzes durch die Acariden, von E. Bertarelli-Parma und U. Paranhos-St. Paulo. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 57, Heft 6.) Verfasser benutzten das reiche Krankenmaterial des Lazaretts für Leprakranke in Guapira bei St. Paulo, um der Hypothese Borrels bezüglich der Verbreitung der Lepra durch Demodex nachzuforschen. Es ergab sich in erster Linie bei den 60 untersuchten Leprakranken, dafs unter diesen Komedonen und besonders bei vorgeschrittenen Fällen (von Gesichtslepra) Demodex häufig sind. Aber nur in zwei dieser Fälle war der Befund in dem aus den Komedonen entnommenen Material ein positiver, indem zahlreiche Demodex, aber nur wenige Leprabazillen in den Präparaten nachweisbar waren. Den beiden positiven Fällen steht aber eine viel gröfsere Zahl von negativen gegenüber, so dafs die Resultate B.s und P.s nicht zugunsten der Annahme sprechen, es spielte die Demodex eine einigermafsen wichtige Rolle in der Verbreitung des Aussatzes. *Stern-München.*

Bericht über das Rigasche Leprosorium, von Biehler. (*Petersburger med. Wochenschr.* 1911. S. 40.) Auf Grund seiner Statistik, die die Jahre 1891—1910 umfafst, glaubt Verfasser schliefsen zu dürfen, dafs in Riga trotz der grofsen Bevölkerungszunahme die Lepra nicht zu-, sondern abnehme. Das drückt sich auch darin aus, dafs die Fälle tuberöser Lepra jetzt seltener sind als Nervenlepra.
Richard Frühwald-Leipzig.

Über Hausleprosorien im Kampf mit der Lepra, von S. Unterberger. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1911. S. 29.) Da der Infektionsmodus der Lepra noch nicht ganz sichergestellt ist, sieht der Verfasser kein Hindernis für die Behandlung der Kranken in sog. Hausleprosorien unter ärztlicher Kontrolle, ja er hält diese Behandlungsweise wegen der geringen Anzahl der Leprosorien für unbedingt notwendig.
Richard Frühwald-Leipzig.

Lepra in Neu-Südwales, Gesundheitsratsbericht für das Jahr 1909, von J. Ashburton Thompson-Sydney. (Offizieller Bericht.) Es ist aus diesem 19. im Auftrage des Gesundheitsamtes ausgearbeiteten jährlichen Berichte zu entnehmen, dafs Lepra in Neu-Südwales wie auch im allgemeinen in Australien zwar keine grofse Ausbreitung erreicht hat, aber immerhin nicht ganz selten vorkommt und die Durchführung bestimmter gesetzlicher Mafsregeln rechtfertigt. Einen grofsen Teil des Berichtes bilden ausführliche (bei zwei Kranken mit längeren Temperaturtabellen ausgestattete) Krankengeschichten, und ein in exstenso wiedergegebenes Memorandum aus dem Jahre 1893 über die Art und Weise der Ausbreitung des Leidens, wobei Verfasser den damaligen Bericht der zum Studium der Frage in Indien eingesetzten Kommission einer eingehenden Besprechung unterzieht, und namentlich die Argumente für und gegen die Lehre von der kontagiösen Übertragung darlegt, ohne jedoch sich zu einer definitiven Schlufsfolgerung zu bekennen. In bezug auf die therapeutischen Resultate sei noch bemerkt, dafs 2 von den 21 Insassen des Lazaretts als geheilt zur Entlassung kamen, und dafs Antileprol von guter Wirkung gewesen zu sein scheint.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Betrachtungen über die Lepra auf Hawaï, von Leon Dekeyser. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1911. Nr. 4—8.) Der Verfasser gibt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Lepra auf den Sandwichsinseln. Die Lepra wurde erst um das Jahr 1850 in dem Archipel wahrscheinlich durch Chinesen eingeschleppt, machte aber bald angehende Fortschritte, so dafs die Regierung bald zu gesetzlichen Mafsregeln zu ihrer Bekämpfung und zur Einrichtung einer Leproserie schreiten mufste. Diese auf der Halbinsel Kalaupapa im Norden der Insel Molokai errichtete Leprastation dient auch jetzt noch zur Unterbringung der noch immer zahlreichen Kranken. Dekeyser teilt aufser der geschichtlichen Entwicklung der

Lepra auf diesen Inseln noch eine Fülle von statistisch bearbeitetem Material mit. Es mag hier nur die Therapie, wie sie in Kalaupapa geübt wird, erwähnt werden. Chaulmoograa- und Gynocardöl wurden zwar auch verwandt, gaben auch gute Resultate, wurden aber oft schlecht vertragen, so daſs sie ganz von der jetzt geübten Eukalyptusbehandlung verdrängt wurden. Diese wird folgendermaſsen gehandhabt: Der Kranke bekommt ein 35—40° warmes Eukalyptusbad morgens, und abends ein soches von 40—43° von je 15 Minuten Dauer. Zur Herstellung des Bades werden die Blätter und jungen Sprosse verwandt, die man zwei Stunden in einer gerade zur Bedeckung derselben ausreichenden Menge Wasser kocht. Nach Filtrieren wird Karbolsäure im Verhältnis 1 : 4000 und unterschwefligsaures Natron 1 : 50 zugesetzt. Das so erhaltene Infus wird dem Badewasser im Verhältnis 1 : 10 zugefügt. Während des Bades reibt sich der Kranke den Körper sorgfältig ab, dann wird er mit einer aus Eukalyptusöl, Schwefel und Lanolin zu gleichen Teilen bestehenden Salbe eingerieben. Bisweilen wird diese Salbe durch eine Mischung von gleichen Teilen Chaulmoogra- und Eukalyptusöl ersetzt. Intern werden (dreimal täglich) fünf Tropfen Eukalyptusöl in steigender Dosis gegeben, anfangs mit Strychnin zusammen. Diese Behandlung wird seit zwei Jahren mit bestem Erfolge geübt, und zwar wurden 275 Kranke in allen Stadien damit behandelt. Die Haut wird wieder weich und verliert allmählich ihr charakteristisches graues und fahles Aussehen. Die subcutanen Indurationen gehen zurück, die Infiltrate verschwinden, und man sah sogar Kranke mit Facies leonina wieder ihr normales Aussehen bekommen. Die neuralgischen Schmerzen verlieren sich, Kontrakturen gehen zurück, es wurde sogar an anästhetischen Stellen ein Zurückkehren der Sensibilität konstatiert. Besonders schnell überhäuten sich die Ulcerationen und in 98% der Fälle wurde kein Fieber mehr konstatiert. *Gunsett-Straſsburg.*

Der gegenwärtige Stand der Leprafrage, von Allan Perry-Manila. (*Philippine Journ. science.* Bd. 5. Nr. 3.) Wiedergabe der Beschlüsse der zweiten internationalen Leprakonferenz in Bergen 1909. *Schourp-Danzig.*

Lepra und Carcinom. (2269 Todesfälle mit erkannter Todesursache in den norwegischen Leprahospitälern.) Von Munch Söegaard - Norheimsund (Norwegen). (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) Unter obiger Zahl von Leprösen sind nur 19 Todesfälle an Krebs konstatiert = 0,84%. Von den beim Tode über 40 Jahre alten Patienten (696 Männer und 508 Frauen) starben 1,2% Männer und 1,8% Frauen an Krebs, während die Krebsmortalität in Norwegen sonst zwischen 3,5 und 8,5% in den einzelnen Jahren schwankt. Diese Zahlen sprechen möglicherweise für eine herabgesetzte Empfänglichkeit der Leprösen für Krebs, vielleicht spielt auch die relative Isolation der Leprösen in Norwegen, die nie mit Krebskranken zusammenkommen, eine Rolle. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Wassermannsche Reaktion bei Lepra, von W. A. Merkuriew-Charkow. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1911. Nr. 18.) Der Verfasser untersuchte das Serum von 16 Leprösen; davon gehörten 9 der tuberösen Form an; von diesen gaben 7 ein positives, 2 ein unklares Resultat; von den 7 Fällen, welche der Lepra nervosa angehörten, ergaben 4 ein positives, 2 ein negatives und 1 ein unklares Resultat.

Schourp-Danzig.

Widerstandsfähigkeit des Leprabacillus der Fäulnis gegenüber, von E. Sprecher. (*Pathologica.* 1910. Nr. 41.) Es gelang dem Verfasser, nachzuweisen, daſs Leprabazillen meist noch nach zweimonatlicher Fäulnis der Haut nachzuweisen sind, und daſs dieselben in keiner Weise den Färbemitteln gegenüber anders reagieren als solche aus frischem Material. Die vor kurzem von Unna vorgeschlagene Doppelfärbung zur Unterscheidung von lebenden und toten Bazillen auf Leprabazillen angewandt, die mittels verdünnter Antiforminlösungen isoliert waren, schlug bei Sprechers Ver-

suchen fehl. Er glaubt nicht, dafs die veränderte Reaktion eines pathogenen Mikroorganismus Färbemitteln gegenüber als genügendes Kriterium für seine Lebensfähigkeit angesehen werden kann. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Frage der Ausschleuderung von Leprabazillen bei Erkrankung der Respirationswege, von Merian und Solano - Hamburg. (*Med. Klin.* 1911. Nr. 10.) Anschliefsend an frühere Versuche Schäffers, der Leprabazillen in den beim Sprechen usw. fortgeschleuderten Tröpfchen nachwies, machten die Verfasser ähnliche Versuche mit Auszählung der ausgeatmeten, ausgeniesten und ausgehusteten Leprabazillen. Danach bezeichnen sie die Schäfferschen Angaben über die Ausscheidung von Leprabazillen „bei nur mäfsig befallenen Schleimhäuten der oberen Respirationswege“ als nicht allgemein zutreffend. An die Möglichkeit einer Übertragung auf Gesunde auf diesem Wege glauben die Verfasser nicht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Kann man das Absterben der Leprabazillen im menschlichen Körper nachweisen? Von P. G. Unna-Hamburg (*Med. Klin.* 1911. Nr. 10.) Unna teilt zwei geheilte Leprafälle mit, die mit Pyrogallol- und Rongalitsalben nach vorherigen Ätzungen mit Pasta caustica und Karbol, innerlich mit Ol. Gynocard. (pur. und in Pillen), aufserdem mit Kampfergynokardinjektionen und Gynokardklystieren behandelt wurden. An einer Serie von Exzisionspräparaten in den verschiedenen Stadien konnte er mit der Viktoriablau-Safraninfärbung der Bazillen das Absterben der Bazillen nachweisen und er hält an der Ansicht, abgestorbene Bazillen nachweisen zu können, gegenüber den kürzlich erhobenen Einwänden Terebinskys fest, welche eingehend besprochen und widerlegt werden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Gegenwart von Leprabazillen in den Faeces von Leprösen mit tuberöser Lepra; Herkunft und Zukunft dieser Bazillen, von C. Boeck. (*Norsk Mag. for Laegevidenskaben.* Oktober 1910.) Boeck fand bei drei Kranken mit gesundem Intestinaltractus in den Faeces zahlreiche Leprabazillen, die aus buccalen oder nasopharyngealen Ulcerationen stammten. Um zu erkunden, ob diese Bazillen noch lange nach ihrer Entleerung aus dem Rectum virulent bleiben, hob B. Exkremente während eines ganzen Winters auf. Obwohl dieselben mehrmals austrockneten, dann wieder mit Wasser zerrieben und zuletzt mehrere Monate trocken aufbewahrt wurden, konnten doch Bazillen in ebenso grofser Anzahl als vorher nachgewiesen werden. Es schien sogar, als ob sie sich vermehrt hätten. Nach Aspekt, Gruppierung und Färbung waren sie nicht von den sechs Monate vorher gefundenen zu unterscheiden. Höchstens dafs man mit der Unnaschen Methode (Viktoriablau und Safranin) einige gelblich gefärbte fand, was ein Zeichen des Todes dieser Bazillen wäre. Desgleichen fand man auch ein wenig mehr braun gefärbte Bazillen als früher. Diese Feststellungen sind vom hygienischen Gesichtspunkte nicht ohne Interesse. Sie stimmen besonders mit der Tatsache überein, dafs die Lepra in Städten mit einem geordneten Abfuhrwesen nur selten und sporadisch auftritt, während auf dem Lande, wo die menschlichen Fäkalien als Düngemittel benutzt werden, die Lepra viel häufiger in epidemischem und endemischem Zustande herrscht. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Kultur des Leprabacillus und die Übertragung der Lepra auf Tiere, von Campana. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. 67, Heft 3.) Kulturen von Bazillen, die die Merkmale des Leprabacillus besafsen, hat C. nur auf festen, neutralen, anaeroben Nährböden erhalten und ausnahmsweise in der Flüssigkeitschicht, welche sich unter dem festen Nährboden ansammelt, wo die hinabgesunkenen Bazillen weiter leben, wenn sie sonst nicht gestört werden. — Das Ergebnis aller bisherigen Untersuchungen, betreffend die Übertragbarkeit der Lepra auf Tiere ist folgendes: 1. Die Lepra ist auf Tiere nicht übertragbar. 2. An der Impfstelle können die Leprabazillen lange Zeit liegen bleiben und den Anschein einer gelungenen Infektion erwecken; aber diese

lokale Erscheinung läfst sich nicht nur mit lebendem, sondern auch mit totem Material erzielen, so beispielsweise mit leprösem Gewebe, dafs zehn Jahre lang aufbewahrt war, und in welchem die Bazillen doch wohl abgestorben waren. *Haas-Hamburg.*

Experimentelle Lepra beim Affen, von Charles W. Duval - New Orleans. (*Med. Bull. Univers. Pennsylvania.* Bd. 23, Nr. 12.) Bei Macacus Rhesus konnte D. durch Impfung typische Veränderungen der Lepra tuberosa hervorrufen.

Schourp-Danzig.

Bericht über die Bekämpfung der Lepra in Kurland im Jahre 1909, von J. Sadikoff. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Die vier kurländischen Leprosorien kämpfen, vom Staate zu wenig unterstützt, schwer um ihre Existenz. Dazu kommt der Mangel eines speziellen Lepragesetzes, da nur etwa drei Fünftel aller Leprösen die Leprosorien aufsuchten. Daher kommt es, dafs in den letzten 15 Jahren die Zahl der Leprafälle eher zugenommen hat. Was die Therapie der Lepra betrifft, hat Nastin nicht das gehalten, was es versprach. Gute Resultate hatte Verfasser mit Unnas Gynocardiumseifenpillen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Salvarsan gegen Lepra, von M. Gioseppi - Triest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Bei einem 24jährigen Leprakranken, dessen Leiden schon zehn Jahre bestanden haben mochte, war nach der subcutanen Injektion von 0,5 Salvarsan ein Einflufs auf die Läsionen und auf den Bazillenbefund nicht zu konstatieren. Im Nasensekret wurden ziemlich gleichmäfsig nach wie vor der Injektion typische Bazillen nachgewiesen, und es war auch keine körnige Degeneration oder Entwicklung von Kokkothrixformen zu konstatieren. Vielleicht mag aber die Besserung des Allgemeinbefindens mit einer Gewichtszunahme von etwa 5 kg der Behandlung zuzuschreiben sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Einflufs des Salvarsans auf die Leprabazillen, von E. Montesanto-Athen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Den Bericht über seine ersten vier mit Salvarsan behandelten Leprafälle (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49) ergänzt M. dahin, dafs auch bei weiterer Beobachtung die drei mit subcutaner Injektion behandelten Patienten keine wesentlichen Fortschritte aufwiesen, während der vierte intravenös behandelte Patient einen entschiedenen Nutzen erzielt zu haben scheint. Bei zwei Fällen von Lepra praecox hat die endovenöse Darreichung von 0,7 bzw. 0,3 (bei einem 16jährigen Knaben) anscheinend eine Heilung im Gefolge gehabt, doch erklärt M. ausdrücklich, dafs er ein irgendwie bindendes Urteil durchaus noch nicht abgeben will. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen mit Salvarsan behandelten Fall von Lepra, von H. Isaac (I. Krankheitsbericht), M. Senator (II. Nasenbefund) und C. Benda (III. mikroskopische Demonstration). (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) Der 23jährige Kranke bekam vor Sicherung der Diagnose zwei Dosen Salvarsan, ohne Einwirkung auf die Hauteffloreszenzen. Die vorhandenen Nasenveränderungen werden eingehend beschrieben. Das tinktorielle Verhalten der Bazillen deutete nicht auf eine Heilungstendenz hin. Benda besteht insbesondere darauf, dafs er einwandfreie Bilder mit intrazellulärer Lagerung der Leprabazillen gesehen hat. *Arthur Schucht-Danzig.*

Lepra und deren Behandlung mit Nastin. (*Indian med. Gaz.* Nov. 1909.)

Die Behandlung der Lepra mit Nastin B, von Deycke-Hamburg. Zur Einleitung gibt D. eine kurze Schilderung seiner Forschungen in bezug auf die Streptothrix leproides, wobei er besonders hervorhebt, dafs dieselbe von ihm stets als nicht mit dem Bacillus Leprae identisch bezeichnet worden ist. Dagegen enthält die Streptothrix eine Substanz, welche auf den Lepraprozefs seinen Erfahrungen nach einen ganz unzweifelhaften Einflufs auszuüben imstande ist. Dieser Körper ist ein echtes, in Äther lösliches Fett, ein Glycerinester einer hochmolekularen Fettsäure, das

in schönen Nadeln und Büscheln auskrystallisiert und jetzt als Nastin bekannt ist. Weitere Beobachtungen und Überlegungen führten zu einer Verbindung von Nastin mit Benzoyl-Chlorid, welche in iher Wirkung konstanter und energischer sich erwies als das ursprüngliche Nastin und jetzt als Nastin B vorzugsweise empfohlen wird. Aufserdem hat Verfasser für Fälle mit Augenkomplikationen und auch für Nervenlepra ein besonders mildes Präparat Nastin BO hergestellt. Zum Schlufs wird die These aufgestellt und verfochten, dafs das Benzoyl-Nastin ein Mittel ist, welches direkt auf den Leprabacillus selbst einwirkt.

Die Nastinbehandlung der Lepra, von S. S. B. WILLIAMS. Es werden die ausführlichen Krankengeschichten von zwölf Fällen, welche W. zum Teil im Verein mit DEYCKE mit Nastin behandelt hat, unter Wiedergabe von Photogrammen mitgeteilt. Nach seinen mehr als einjährigen Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Resultate, dafs das Nastin eine eminente Wirkung bei Lepra zu entfalten imstande ist. Als Anfang gibt W. einen Auszug aus einer kurzen Schilderung von DEYCKE über dessen günstige Erfahrungen im Leprahospital in Georgetown, Britisch Guyana.

Die Nastinbehandlung der Lepra, von J. DAVIDSON-Travancore. Auch D. hat nach mehr als einjähriger Erfahrung eine günstige Meinung über die Wirkung des Nastins gewonnen, doch hält er mit seinem definitiven Urteil noch zurück. Es handelte sich bei den von ihm im Lepraasyl zu Negoor in Indien beobachteten Fällen fast durchweg um die tuberöse Form der Erkrankung. Irgendwelche erheblichen Nachteile waren nicht zu beklagen. Abscesse konnten glatt vermieden werden, indem die Injektionsspritze in Äther aufbewahrt wurde, und man für völlige Trockenheit des Injektionsgebietes sorgte.

Bericht über drei mit Nastin behandelte Fälle von Lepra, von G. C. CHATTERJEE-Kalkutta. Die Resultate lassen zwar durchaus keine definitiven Schlufsfolgerungen zu, ermuntern aber zu weiteren Versuchen namentlich bei Lepra tuberosa.

Fragen und Antworten in bezug auf das Obwalten von Lepra in Purulia und dem Mainhumgebiet, von S. ANDERSON-Purulia. Aus diesen Mitteilungen, welche als Antwort auf einen Fragebogen des *„Journ. med. de Bruxelles“* von A. zusammengestellt sind, mögen folgende Einzelheiten hervorgehoben werden: Das Lepraheim in Purulia ist das gröfste in Indien und beherbergt 630 Insassen; es wurde im Jahre 1883 in kleinerem Mafsstab eröffnet und hat seitdem eine stetige Erweiterung erfahren. Viele Patienten führen ihre Erkrankung auf eine kontagiöse Übertragung zurück; hierzu geben, wie Verfasser an einigen Beispielen dartut, die vielfach höchst unhygienischen Lebensgewohnheiten und rituellen Gebräuche der Bevölkerung ausgiebige Gelegenheit. Auch sind Parasiten wie Moskitos, Fliegen und Krätzmilben nach A. als Infektionsträger vielfach tätig. Die geringe Bekleidung der Einheimischen gewährt nicht genügenden Schutz gegen solche Übertragung, und in ganz Indien ist kaum irgendein einziges wirklich leprafreies Gebiet vorhanden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dritter Bericht über die Behandlung von Leprakranken mit Nastin B_1 und B_2, von OTTO PEIPER-Kilwa. (*Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene.* 1911. Bd. 15.) Von fünf Leprakranken mit einwandfrei nachgewiesener Lepra sind zwei anscheinend geheilt; keine Rezidive während einer Beobachtungszeit von etwa acht Monaten. Von den übrigen hat sich einer der weiteren Behandlung durch die Flucht entzogen, zwei sind in ein Lepraheim gebracht worden, wo die Nastinkur bisher nicht weiter geführt werden konnte. *W. Lehmann-Stettin.*

b. *Tuberkulose.*

Die Ausbreitung des Lupus im Deutschen Reiche, von HAMEL. (*Med.-statistische Mitteil. a. d. k. Gesundheitsamt.*) An der am 1. November 1908 veranstalteten

Umfrage über die Ausbreitung des Lupus im Deutschen Reiche beteiligten sich 17819 Ärzte = 56,5 % der insgesamt vorhandenen Ärzte. Als an diesem Zeitpunkt in ärztlicher Behandlung stehend wurden im Deutschen Reiche insgesamt 11354 Lupuskranke ermittelt. Auf je 100000 Einwohner entfielen demzufolge 18,1 in ärztlicher Behandlung befindliche Lupuskranke, d. i. jedesmal 1 auf rund 5500 Einwohner. Die Häufigkeit des Lupus ist in den einzelnen Bezirken Deutschlands sehr verschieden. Relativ die meisten in ärztlicher Behandlung stehenden Lupuskranken, nämlich 40,8 auf je 100,000 Einwohner, hatte der Regierungsbezirk Cöln aufzuweisen, relativ die wenigsten, nämlich 4,1 auf je 100000 Einwohner, der Regierungsbezirk Danzig. Gröfsere und geringere Häufigkeit des Lupus in den verschiedenen Bezirken trifft im allgemeinen zusammen mit einer gröfseren oder geringeren Ausbreitung der Lungentuberkulose. Dementsprechend ist der Lupus in den westlichen und südlichen Teilen des Reiches wesentlich häufiger als im Osten, mit Ausnahme der ebenfalls stärker betroffenen Provinz Schlesien. Mehr als zwei Drittel der ermittelten Lupuskranken waren weiblichen Geschlechts, welches somit mehr als doppelt so häufig als das männliche von der Erkrankung befallen wird. Im Alter unter 14 Jahren standen 15,7 % der männlichen, dagegen nur 9,5 % der weiblichen Kranken, so dafs im jugendlichen Alter Knaben relativ häufiger von der Erkrankung betroffen werden als Mädchen. Erst im Anfangsstadium der Erkrankung befand sich fast ein Drittel der gesamten Kranken.

Gunsett-Strafsburg.

Ein Dezennium des Bestehens des Lichtinstituts und die Resultate der Lupusbehandlung (Lupus vulgaris) nach Finsen, von Weljaminow. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1911. Nr. 1, 2 u. 3, S. 1, 25 u. 73.) Anfang Januar 1911 feierte das unter Prof. Weljaminows Leitung stehende Lichtinstitut in St. Petersburg sein zehnjähriges Jubiläum. Diese Gelegenheit benutzte W., um über die erzielten Resultate in einer längeren Arbeit zu berichten. Zunächst werden alle aus diesem Institut erschienenen, teils experimentelle Versuche, teils die Klinik betreffenden Arbeiten erwähnt. Es sind diejenigen von W. Tomaschewski, A. Gljebowski, B. Gerschani, K. Serapin, A. Schenk, L. Swetschnikow und A. Ketschek. Auf Grund der Resultate dieser Arbeiten vergleicht W. seine Erfahrungen mit denjenigen der Zinsserschen Arbeit. W. berichtet über 181 Fälle, von denen bei Beobachtung der Zinsserschen Einteilung vollkommen geheilt wurden: 73 = 40,5 %, fast geheilt wurden 29 = 16 %, bedeutend gebessert wurden 56 = 31 %, zusammen 87,5 %, unbedeutend gebessert wurden 15 = 8 % und ohne Resultat blieben 8 = 4,5 %, zusammen 12,5 %. Es betrafen von den 181 Fällen solche kleiner Ausdehnung 32 %, mittelgrofser 32 %, grofser 18 % und sehr grofser 18 %. Zu den vollkommen geheilten Fällen wurden im Sinne Finsens nur solche gerechnet, wo sich kein einziges Knötchen mehr nachweisen liefs.

Die Resultate der Behandlung in Abhängigkeit von der Gröfse der Lupusausbreitung waren bei W. folgende:

	bei kleiner,	mittelgrofser,	grofser,	sehr grofser Ausdehnung
	%	%	%	%
1. Vollkommene Heilung in....	67,8	48,2	18,1	0
2. Fast vollkommene Heilung in	10,3	13,8	30,3	15,6
3. Bedeutende Besserung nach Finsen, Weljaminow, Jadassohn bzw. einfache Besserung nach Zinsser in............	13,8	29,3	33,3	62,5
4. Geringe Besserung, unbefriedigendes Resultat in........	3,4	6,9	9	18,7
5. Ohne Resultat in..........	5,1	1,7	9	3,1

Von den 73 vollkommen geheilten Fällen zeigten kein Rezidiv:

nach	1 Jahr	48 Fälle	= 65,7%
„	3 Jahren	26 „	= 35,6%
„	5 „	10 „	= 13,7%
„	6—9 „	5 „	= 6,8%

Rechnet man mit FINSEN zu den dauernd geheilten Fällen diejenigen, wo zwei Jahre lang kein Rezidiv erfolgte, so gab es dann bei W. unter den 73 vollkommen geheilten, bei einer Beobachtungszeit von 2—9 Jahren, 39 = 53% oder verglichen mit der Gesamtzahl 21,5%. Das spricht nach W. für die Möglichkeit einer radikalen Ausheilung des Lupus mit dem Finsenapparat. Freilich waren dazu nötig für Kranke der I. Gruppe (nach der Ausdehnung des Lupus) 66 Sitzungen, der II. Gruppe 230, der III. 269, der IV. 137 und der V. 195 Sitzungen. Als Vorzüge der Finsenbehandlung nennt W. den kosmetisch schönen Erfolg, als Nachteile die lange Dauer und die Kosten. Letztere freilich sind nicht so grofs, wenn man die Fälle, von denen man a priori sich sagen mufs, dafs sie sich nicht für die Finsenbehandlung eignen, von derselben ausschliefst.

Als ein weiterer Vorteil der Finsenbehandlung ist die Möglichkeit einer ambulatorischen Behandlung zu nennen. Freilich gibt W. zu, dafs nicht alle Lupusfälle vom Finsenapparat günstig beeinflufst werden, und dafs für den Schleimhautlupus der Finsenapparat wenig bequem ist. Hier tritt die Röntgenbehandlung bzw. die Radiumbehandlung, welche ebenso wie die operative Behandlung nach LANG gute Erfolge geben kann, in Kraft, aber deren kosmetische Resultate stehen denjenigen der Finsenbehandlung weit nach. Ein vorzügliches Resultat gibt zwar die Radiumbehandlung, dieselbe ist aber nur bei kleinen Herden anwendbar. *Arthur Jordan-Moskau.*

Verbesserungen im Finseninstrumentarium der Wiener Lupusheilstätte, Von ALFRED JUNGMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) Technische Ausführungen über Kompressorien und ein Finsentischmodell. *Schourp-Danzig.*

Die Übertragung der Tuberkulose durch Fliegen, von P. JAKOB und M. KLOPSTOCK - Berlin. (*Tuberkulose.* Nov. 1910. Vol. IX, Nr. 11.) Um über diese Frage weitere Aufschlüsse zu erlangen, haben Verfasser in 19 Bauernhäusern in einem von Berlin zwölf Stunden weit entferten Bezirk (Hümling) sterilisierte Glasglocken mit physiologischer Na Cl.-Lösung bzw. mit Zuckerlösung beschickt zum Fliegenfang auf auf eine Zeitdauer von 6—8 Stunden aufgestellt, und alsdann die eingefangenen Exemplare auf das Vorhandensein von Tuberkelbazillen untersucht. In den betreffenden Häusern befanden sich zum Teil (3) schwerkranke Lungenleidende, zum Teil (9) leichtkranke, und in sieben Häusern war seit Jahren, so weit sich feststellen liefs, kein Fall von Lungenschwindsucht vorgekommen. Die bakteriologische Untersuchung ergab nun klar, dafs in allen drei Häusern mit einem ausgesprochen tuberkulösen Insassen die Fliegen Tuberkelbazillen in die Fangflaschen eingebracht hatten; desgleichen war dies zweimal im Hause eines leichtkranken und einmal in einem Hause, das frei von Tuberkulose zu sein schien, der Fall; es waren also in 6 von 19 Häusern nachweislich die Fliegen Träger von Tuberkelbazillen. Wie Verfasser des weiteren ausführen, hat dieses Moment offenbar eine grofse praktische Bedeutung. Es mag noch erwähnt werden, dafs nach Anwendung von Antiformin auf das infizierte Material eine Virulenz der Tuberkelbazillen bei sämtlichen Proben sich als beseitigt erwies.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung des Erythema induré - BAZIN mit Tuberkulin, von JEANSELME und CHEVALLIER. (*Bull. méd.* 1911. S. 263.) J. und CH. haben in viertägigen Intervallen 0,0002, 0,0005 und 0,001 Tuberkulin injiziert. Die Erfolge waren glänzend, doch sind Rezidive nicht ausgeschlossen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Behandlung des Erythema induré - Bazin mit Tuberkulin, von Thibièrge und Weissenbach. (*Bull. méd.* 1911. S. 254.) Die Verfasser haben durch steigende Dosen Tuberkulin in 14 Tagen bis 2 Monaten die genannte Affektion zum Verschwinden gebracht, ohne dafs die Patienten im Beruf gestört waren.

Richard Frühwald-Leipzig.

Das polymorphe Erythem bei Tuberkulose, von Publio Ciuffini-Rom. (*La Riforma med.* 1911. Nr. 10.) Der Verfasser teilt einen klinischen Fall mit, bei dem der Zusammenhang zwischen einer anfangs verborgenen tuberkulösen Erkrankung und dem sekundären Auftreten eines polymorphen Erythems nicht zu leugnen war. Bei einem Patienten mit präexistierender leichter Infiltration einer Lungenspitze bildete sich zu gleicher Zeit mit Erythema multiforme, Arthritis beinahe aller Gelenke und akuter Nephritis eine akute Phthise mit rapidem Verlauf aus, die unter den Augen des Beobachters in wenigen Wochen zur Verkäsung und Kavernenbildung führte. Jeder neue Erythemschub war auch von einer akuten Verschlimmerung des Lungenbildes begleitet. *Gunsett-Strafsburg.*

Behandlung des Leichentuberkels mit Röntgenstrahlen, von Dietlen-Strafsburg i. E. (*Therap. Monatsh.* Dez. 1910.) Mit H. E. Schmidt empfiehlt Verfasser warm die Röntgentherapie des Leichentuberkels; er verfügt über drei auf diese Weise glatt ausgeheilte Fälle. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Tuberculosis verrucosa cutis, von Karl Urban-Linz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 16.) Bei einem 38jährigen Manne war die eine Fufssohle von zahlreichen, mit 20—30 mm hohen Hornlamellen bedeckten, papillären Auswüchsen besetzt. Der histologische Befund stimmte im wesentlichen mit dem von Riehl und Paltauf bei Tuberculosis verrucosa cutis beschriebenen Bilde überein.

Schourp-Danzig.

Über das Vorkommnis des Muchschen Tuberkulosevirus bei Lupus vulgaris, von Harald Boas und Christian Ditlevsen-Kopenhagen. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1910. Nr. 46.) Much fand 1907 in Fällen von Tuberkulose durch ein modifiziertes Gramsches Färbungsverfahren feine grampositive Stäbchen und Granula. Die Verfasser fanden bei 20 Lupusfällen nur in 4 Fällen Tuberkelbazillen, in allen Fällen aber Muchsche Stäbchen und Granula, besonders in den Riesenzellen.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Behandlung des Lupus cavi nasi mittels Jodnatrium und H_2O_2 nach der Methode von Dr. S. A. Pfannenstiel, von Ove Strandberg-Kopenhagen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) Die Pfannenstielsche Methode, den Lupus cavi nasi durch Jodnatrium innerlich, H_2O_2 äufserlich zu behandeln (Jod in statu nascendi wird frei), wurde im Finsenschen Lichtinstitut nachgeprüft und wird auf Grund guter Resultate, bei deren Beurteilung insbesondere Verwechselungen mit Lues sicher ausgeschlossen sind, warm empfohlen als schneller und sicherer wirksam als die bisherige Methode (Galvanokauter, Jod, Sublimat). *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Behandlung des Lupuscarcinoms, von Norman Walker. (*Edinb. med. Journ.* April 1911.) Verfasser führt eine gröfsere Reihe einschlägiger Fälle an und die dabei erworbenen Erfahrungen veranlassen ihn, Röntgenstrahlen und Exzision aus der Therapie auszuschalten und dafür das Auskratzen mit dem scharfen Löffel anzunehmen. Auch mit Kohlensäureschnee hat er gute Resultate erzielt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Lupus pernio, von Chitrowo. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 2104.) Die zwei vom Verfasser an der Burgsdorfschen Klinik zu Kasan beobachteten und näher beschriebenen Fälle wiesen die charakteristischen Knoten und Infiltrate von Lupus pernio auf, in dem einen Fall nur im Gesicht, in dem anderen auch noch auf dem rechten

Vorderarm und auf dem Zeige- und kleinen Finger der rechten Hand. Histologisch sah Verfasser in der Tiefe des Cutis, beim Übergange zur subcutanen Schicht, teilweise in letzterer selbst, scharf abgegrenzte, verschieden grofse, rundliche, gröfstenteils aus epitheloiden Zellen bestehende Herde, inmitten deren auch einige lymphoide Zellen eingestreut sich erwiesen. An der Peripherie der Herde kamen auch vereinzelte Riesenzellen vor; um die Herde sieht man derbes Bindegewebe und stark verbreiterte Blutgefäfse. Tuberkelbazillen liefsen sich nicht nachweisen, sowohl die Reaktion nach v. Pirquet, als nach Calmette fiel negativ aus. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über eine Reaktion tuberkulöser Prozesse nach Salvarsaninjektion, von K. Herxheimer- und Karl Altmann-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Die Verfasser beobachteten in drei Fällen, dafs nach einer oder zwei Salvarsaninjektionen klinisch latente Tuberkulosen aufflackerten und manifest wurden, während gleichzeitig bestehende luetische Veränderungen abheilten; in einem anderen Falle wurde durch die Injektion tuberkulöses Gewebe in kürzester Zeit zur Einschmelzung gebracht. Infolge dieser interessanten Feststellungen wurde, um die anscheinend elektive Wirkung des Salvarsans auf tuberkulöse Prozesse zu prüfen, bei vier nicht-syphilitischen Lupuskranken Salvarsan intravenös injiziert; in allen vier Fällen trat 4—6 Stunden nach der Einspritzung eine Reaktion auf, die den Charakter einer akuten Entzündung trug und nach 24 Stunden unter Schuppung zurückging. Bei Reinjektionen wiederholten sich die Erscheinungen, aber in deutlich geringerem Grade. Die Reaktion beruht nach Ansicht der Verfasser darauf, dafs durch das Salvarsan im tuberkulösem Herde Tuberkulin mobilisiert wird und, in die Umgebung gelangend, eine typische Tuberkulinreaktion auslöst. Ein heilender Einflufs des Salvarsans auf den tuberkulösen Prozefs konnte in keinem Falle festgestellt werden, doch ist die Möglichkeit einer therapeutischen Beeinflussung nicht zu leugnen. — Zur Behandlung der Lues tuberkulöser Menschen empfiehlt sich an Stelle einmaliger gröfserer Dosen vorsichtige fraktionierte Dosierung. *Götz-München.*

Einige allgemeine Bemerkungen und Versuche betr. die Behandlungsmethode lokalinfektiöser Prozesse, namentlich Lupus und Tuberkulose mittels Jodnatrium und Ozon oder Wasserstoffsuperoxyd, von Pfannenstiel - Malmö. (*Prag. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Durch Darreichung von JNa innerlich einerseits, O_3 oder H_2O_2 durch Inhalation andererseits glaubt Verfasser infolge des dann im Gewebe freiwerdenden Jods in statu nascendi bakterientötende Wirkungen zu erzielen. Auch auf der Haut glaubt er diese Wirkung bei einem Lupusherd erzielt zu haben, indem er äufserlich eine 1%ige Essigsäure + 3%ige H_2O_2-Lösung applizierte, innerlich 3 g und mehr Na J pro die verabreichte. Es trat eine intensive Nekrose des lupösen Gewebes an der behandelten Stelle ein. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die differentielle Cutanreaktion bei tuberkulösen Erkrankungen, von H. Clarke und C. G. P. Forsyth - Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 4. Juni 1910.) Verfasser haben nach dem Vorschlag von Detre eine Serie von 250 Patienten einer Prüfung auf Tuberkulose unterzogen, indem sie gleichzeitig an einem Arm mit Menschentuberkulin, am anderen mit Rindertuberkulin in der von v. Pirquet angegebenen Weise impften. Aus ihren tabellarisch mitgeteilten Resultaten ergibt sich, dafs bei 66 Kranken mit deutlichen sonstigen Merkmalen der Lungentuberkulose die Reaktion stets positiv ausfiel; doch ist zu konstatieren, dafs gelegentlich die Reaktion mit Rindertuberkulin positiv ausfiel bei negativem Ausfall des Menschentuberkulins und vice versa. Von Lupus wurde nur ein einziger Fall geprüft; bei diesem war die Reaktion auf menschliches Tuberkulin deutlicher als auf Rindertuberkulin. Im ganzen, kann man sagen, bestätigen die hier mitgeteilten Beobachtungen die Brauchbarkeit der Methode. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die „Cutireakton“ von Liguières, eine wenig bekannte, aber bequeme Modifikation der Pirquetschen Hautprobe, von J. Eiges. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1911. S. 27.) Von Liguières wurde zuerst an Tieren, dann an Menschen eine Tuberkulinreaktion erprobt, die die Pirquetsche Reaktion vereinfachen soll. Es wird der Unterarm an der Innenfläche rasiert, mit Alkohol gewaschen, mit Watte getrocknet und hierauf 5—6 grofse Tropfen unverdünnten Alttuberkulin mit einem Gummifinger 1—2 Minuten lang eingerieben. Bei tuberkulösenIndividuen entstehen nun nach 24 bis 48 Stunden hellrosa bis violette Papeln von 1—3 mm Durchmesser, die manchmal von einem roten Hofe umgeben sind und konfluieren. Nach einigen Tagen bilden sie sich unter Abschuppung zurück. Es werden drei Reaktionsgrade unterschieden. Es entstehen nur vereinzelte, kleine Knötchen oder diese sind zahlreicher und konfluieren teilweise oder endlich alle Papeln sind konfluiert und die ganze Stelle ist ödematös geschwollen. Verfasser hat nun an 131 Patienten dieses Verfahren gleichzeitig mit der Pirquetschen Reaktion angewendet. Die Proben fielen fast immer gleichdeutig aus. Als Vorteile gegen die letztere Methode hebt E. hervor, dafs bei negativem Ausfalle der Cutireaktion die Haut ihr normales Aussehen bewahrt, dafs keine Nebenerscheinungen auftreten und dafs es absolut schmerzlos ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die cutane Tuberkulinreaktion, insbesondere die Ergebnisse von Impfungen mit abgestuften Tuberkulinkonzentrationen, von Mirauer. (*Beitr. z. Klin. d. Tuberkul.* Bd. XVIII, Heft 1.) Verfasser gibt eine geschichtliche Übersicht der cutanen Tuberkulinreaktien und besonders der Methode Ellermann-Erlandsen (quantitative Ausführung der cutanen Tuberkulinreaktion). Er hält die quantitative Tuberkulinprobe für einfach auszuführen und absolut gefahrlos; sie sei am geeignetsten, die Pirquetsche Reaktion auch für Erwachsene brauchbar zu machen. Bevor jedoch nicht gröfsere Versuchsreihen mit langer Beobachtungsdauer der Patienten vorliegen, sei die Methode von Ellermann-Erlandsen für die allgemeine Praxis noch nicht zu zu empfehlen. Ihre Überlegenheit vor anderen früh-diagnostischen Proben scheint hauptsächlich auf der Möglichkeit einer genauen Prognosestellung zu beruhen.

Haas-Hamburg.

Über den Wert der cutanen und konjunktivalen Tuberkulinprobe beim Kinde und über das Wesen der Skrophulose, von Teer. (*Beitr. z. Klin. d. Tuberkul.* Bd. XVIII, Heft 1.) Es besteht kein Zweifel, dafs der positive Ausfall der Pirquetschen Probe spezifisch für Tuberkulose ist. Es reagieren fast sämtliche Fälle von Tuberkulose auf die Probe mit purem Tuberkulin, sowohl aktive wie inaktive. Bei 2000 Kindern, die zum Teil mehrfach pirquetisiert wurden, hat Verfasser nie einen Schaden davon gesehen. *Haas-Hamburg.*

Die Verwendung von Alttuberkulin in Salbenform zur Diagnose und Therapie von Lupus vulgaris, von A. Verge-Edienburg. (*Brit. med. Journ.* 31. Dez. 1910.) Sehr gute Resultate sind in der Klinik zu Edinburg erzielt worden durch die Verwendung einer 5%igen Lösung von Alttuberkulin in Salbenform mit Paraffinum molle. Die Salbe wird 1—2 Minuten lang kräftig eingerieben, und ein dick mit der Salbe bestrichenes Läppchen wird alsdann auf das betreffende Gebiet aufgelegt und möglichst mit Binden oder Pflaster angedrückt. Nach 24 Stunden wird die Stelle gereinigt, und je nach dem Grade der Reizung und der Schmerzhaftigkeit wird das Verfahren noch einmal oder drei- bis viermal wiederholt. Ist eine genügende Reaktion eingetreten, so wird eine milde Salbe bis zur erfolgten Heilung aufgelegt, was durchschnittlich etwa zehn Tage dauert. Um eine unerwünschte Ausdehnung der Wirkung der Tuberkulinsalbe auf die gesunde Umgebung zu vermeiden, wird diese mit einer Mischung von: R. Hydrarg. ammoniat. (0,3), Zinc. oxydat. (3,75), Vaselin 28,0

bedeckt. An einigen kurzen Krankenberichten erläutert Verfasser noch den Wert des Verfahrens. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Immunitätsreaktion in bezug auf die Diagnose namentlich der Tuberkulose und Syphilis (HUNTERsche Vorlesung), von W. D'E. EMERY-London. (*Lancet.* 25. Feb. u. 4. März 1911.) Im ersten dieser zwei Vorträge beschäftigt sich Verfasser zunächst mit der Theorie der Immunität und namentlich mit dem Wesen der Antikörper, zu denen er aufser den Antitoxinen, Präzipitinen, Agglutininen und Cytolisinen auch mit einer gewissen Reserve die Opsonine rechnet. Mit einiger Ausführlichkeit bespricht er sodann die Versuche, welche er ausgeführt hat, um eine Methode für die quantitative Bestimmung des Gehaltes irgendeines gegebenen Serums an Antikörpern zu konstruieren. Sein Verfahren basiert darauf, dafs je nach dem Reichtum an Antikörpern die Resorption von Komplement im Serum unter passender Erwärmung bald schneller, bald langsamer vonstatten gehen wird. Wegen der Einzelheiten der Technik mufs auf das Original verwiesen werden. Zu den Bestandteilen der Reaktion gehören erstens eine Standardemulsion von Tuberkelbazillen in physiologischer Kochsalzlösung und zweitens eine Emulsion von sensibilisierten menschlichen roten Blutkörperchen, nebst dem zu untersuchenden Serum. Die Sensibilisierung wird durch Zusatz von erhitztem Serum, das von einem mit gut gewaschenen Menschenerythrocyten injizierten Kaninchen stammt, bewirkt. Die Erwärmung der zur Hämolyse angesetzten Proben geschieht im Wasserbade bei 38° C. Zunächst wird ein Teil Serum mit vier Teilen Bazillenemulsion vermischt und warm gestellt. In bestimmten Intervallen (nach $2^1/_2$, 5,10 Minuten usw.) wird eine abgemesene Portion der Mischung den sensibilisierten und ebenfalls im Wasserbade eingestellten Blutkörperchen zugesetzt und der Eintritt der Hämolyse beobachtet. Das Ergebnis von einer gröfseren Anzahl von Tuberkulosekranken, sowie bei 34 nicht-tuberkulösen Individuen ergab, dafs bei ersteren die Absorptionsdauer eine starke Verminderung gegenüber den anderen aufweist, indem die Durchschnittszeit 7,4 Minuten gegen die sonstige Durchschnittsdauer von 18,1 Minuten betrug. Allerdings sind verschiedenerlei Schwankungen und Unregelmäfsigkeiten im Verlauf der Proben nicht ausgeblieben; immerhin dürfte die Methode in vielerlei Hinsicht sowohl für die Praxis als für die theoretische Erforschung der bei der Immunität mitwirkenden Faktoren verwendbar und aufklärend sich erweisen. Im zweiten Vortrag bespricht Verfasser eingehend die Bedeutung der WASSERMANNschen Serumdiagnose und seine eigene, schon früher publizierte Modifikation der Technik. Namentlich wird auf die quantitative Bestimmung der zur Ausführung der Reaktion verwendeten Bestandteile von ihm ein grofses Gewicht gelegt, und bei der Beurteilung der erhaltenen Resultate wird dieser Faktor in ausschlaggebender Weise in Betracht gezogen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

c. *Syphilis.*

Bericht der Syphiliskommission. (*Bull. méd.* 1911. S. 128.) In der Académie de médecine wird auf Antrag GAUCHERS folgender Beschlufs gefafst: Die Angaben von HALLOPEAU über die Abortivbehandlung der Syphilis beruhen auf ungenügenden Grundlagen und ist ihm daher die volle Verantwortung zu übertragen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Syphilis ist im Sinne der Privatunfallversicherung als „schwere Krankheit" anzusehen, von PAUL FRANK-Charlottenburg. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 8.) Bevor die Fragebogen der Versicherungsgesellschaft die jetzt eingeführte Frage nach Syphilis des Versicherten enthielten, war dennoch der Versicherte verpflichtet, diese Krankheit anzugeben, da nach „schweren Krankheiten" in dem Formular ausdrücklich gefragt wurde. Dieses ist durch ein Urteil des Kammergerichts festgestellt, welches ausführlich wiedergegeben wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Primäraffekt am Augenlide eines Kindes, von Rollet und Grandclément. (*Lyon méd.* 1911. S. 584.) Ein fünfjähriges Mädchen hatte auf der inneren Hälfte des linken unteren Augenlides ein Geschwür von 5 mm Durchmesser. Beiderseits starke Schwellung der Submaxillardrüsen, Wassermann positiv. Das Geschwür heilte ohne Behandlung ab, aber auf dem Auge entwickelte sich eine Keratitis interstitialis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Therapie des syphilitischen Primäraffekts, von G. J. Müller - Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 48.) Zur Entfernung des Primäraffektes verwendet Verfasser die Kaltkauterisation nach de Forest. Nach Abstofsen des Brandschorfes (36 bis 48 Stunden) stellt sich der Patient zur Jontotherapie vor: am positiven Pol befindet sich eine becherförmige Elektrode aus Hartgummi, an deren Boden eine Scheibe aus plastischer Kohle das Verbindungsstück zur Leitung bildet. In den Becher wird Verbandwatte, angefeuchtet mit Sublimatlösung (1 : 500), gestopft und die Elektrode an die Wundfläche angedrückt. Es geht dann ein Strom von zehn Milliampère 10 bis 15 Minuten durch. Vorheriges Kokainisieren ist praktisch; Wiederholung der Prozedur 3—4 mal in 24—48stündigen Pausen. Verfasser glaubt, dafs die Exantheme verspätet und schwach auftraten und dafs sich darin eine quantitative Schwächung des Virus anzeige.

Arthur Schucht-Danzig.

Fall von Syphilisreinfektion nach drei Jahren und drei Monaten nach der Erstinfektion, von Henry Fitz Gibbon-Dublin. (*The Dublin Journ. med. science.* Bd. III, Nr. 467.) Kasuistik.

Schourp-Danzig.

Fieber bei angeborener Syphilis des Säuglings, von Karl Bingel. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Fieber ist in fast allen Fällen von angeborener Syphilis vorhanden. Das Fieber, das den Ausbruch der syphilitischen Erscheinungen auf der Haut und den Schleimhäuten begleitet, gleicht in ausgesprochenem Mafse dem exanthematischen Fieber: es beginnt in der Regel ein bis zwei Tage vor der Eruption und erreicht mit derselben seinen Höhepunkt. Das Fieber der ersten Eruptionsperiode dauert für gewöhnlich nur wenige Tage und schwankt zwischen 38 und 39°. In allen späteren Perioden der Krankheit hat das Fieber meist remittierenden Charakter und kann 39 und sogar 40° übersteigen. In den Fällen, in denen sich das Fieber über längere Zeit (Wochen) hinzieht, handelt es sich hauptsächlich um viszerale Erscheinungen.

Fritz Loeb-München.

Syphilis bei Kindern, von Louis Fischer-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 6.) F. empfiehlt, bei Kindern nur 0,1 g Salvarsan zu injizieren und zwar nur im Krankenhause, um die Wirkung besser überwachen und Nebenerscheinungen möglichst früh feststellen zu können.

Schourp-Danzig.

Die zunehmende Häufigkeit der Erbsyphilis und die aufserordentliche Wichtigkeit früher Diagnose bei kleinen Kindern vom Standpunkte des Augenarztes, von Ch. St. Bull-New York. (*Med. Record.* 7. Jan. 1911.) Wenn auch die Zeichen hereditärer Syphilis an den Augen und Ohren oft durchaus nicht leicht zu diagnostizieren sind und wenn auch die subjektiven Veränderungen bei Schwerhörigkeit und Sehbeeinträchtigung oft gering sind, so tragen die Kinder doch meistens bleibende Störungen davon. Die soziale Bedeutung, die diese Fakta haben, führen den Verfasser zu folgenden Sätzen: Die Stellungnahme der staatlichen und kommunalen Behörden gegenüber den sogenannten „sozialen Erkrankungen“ ist eine vollkommen falsche und geht in erster Linie hervor aus der weit verbreiteten absoluten Unkenntnis des grofsen Publikums von den weitreichenden zerstörenden Wirkungen solcher Krankheiten. „Es sollte die Pflicht des ärztlichen Standes sein zu verlangen, dafs die Behörde das Publikum vor solchen Krankheiten genau wie vor ansteckenden Infektionskrankheiten schütze und zwar 1. damit nicht Unschuldige leiden müssen, 2. damit der

Staat selbst nicht gezwungen ist, die Fürsorge für die unfähige Nachkommenschaft zu übernehmen und 3. um eine Degeneration der Rasse zu verhindern." „Jeder, der sich nachgewiesenermafsen Syphilis zugezogen hat, sollte kastriert werden."

W. Lehmann-Stettin.

Klinische Frühdiagnose der hereditären Syphilis, von P. DE SAGHER-Lüttich. (*Le Scalpel.* 1909. Nr. 37.) Aufser den bekannten klinischen Symptomen ist das ständige unmotivierte Schreien bei Säuglingen und jüngeren Kindern als weiteres Symptom beachtenswert. Die Schmerzen, über die das Kind durch Schreien klagt, sind den Dolores osteocopi der Erwachsenen zu vergleichen. Tatsächlich bestehen oftmals bei hereditär-syphilitischen Kindern Knochenläsionen. *Schourp-Danzig.*

Die Kennzeichen der Erbsyphilis, von ED. FOURNIER. (*Actualités med.-chirurg.* Mai-Juni 1909.) Die Stigmen der hereditären Syphilis lassen sich in fünf Hauptgruppen einteilen. 1. Zeichen im allgemeinen Habitus. Diese äufsern sich beim Säugling als greisenhaftes, dystrophisches Aussehen, beim Erwachsenen als Zwergwuchs. Diese Leute haben spät gezahnt, spät sprechen und gehen gelernt, haben infantile Genitalien. 2. Sind Narben an der Haut und den Schleimhäuten charakteristisch. Diese zeichnen sich durch ihre grofse Ausdehnung, ihre Konfiguration (kreis- und bogenförmige, polycyklische Begrenzung usw.) und ihren Sitz (Nase, Circumoralgegend, Lumboglutealbereich und Gaumen) aus. 3. Veränderungen am Knochensystem, u. zw. am Schädel (olympische Stirne, natiformer Schädel, Asymetrien), an der Nase (Sattel- und Lorgnettennase) und an der Tibia (Säbelscheidenform, Auftreibung usw.) Dazu kommen noch Veränderungen der Gelenke wie Hydrarthrosen und Deformationen. Die 4. Gruppe enthält die sklerotische Atrophie und die Aplasie des Hodens und die 5. die HUTCHINSONsche Trias. Diese umfafst die Veränderungen am Auge wie Hornhautflecken, Residuen von Iritis, Pigmentierungen und Depigmentierungen des Augenhintergrundes und Graufärbung der Papille. Am Ohre kommen Mifsbildungen der Muschel und zentrale Taubheit in Betracht. Endlich kommen die Mifsbildungen der Zähne und der Alveolarfortsätze.

Alle diese Veränderungen haben einen mehr oder weniger grofsen Wert, indem einige direkt pathognomonisch für Erbsyphilis sind, während andere nur den Verdacht erregen und nur in Kombination mit anderen Merkmalen zu verwerten sind. Für absolut pathognomonisch erklärt F. den natiformen Schädel, die Säbelscheidenform der Tibia, die halbmondförmige Aushöhlung der mittleren, oberen Schneidezähne und die Kronenveränderung des ersten Malzahnes.

Die anderen Merkmale kommen auch bei anderen Erkrankungen vor, jedoch nicht so häufig wie bei hereditärer Syphilis. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Syphilis hereditaria, von FABRE. (*Lyon méd.* 1911. S. 610.) Ein Säugling, bei dem einen Monat nach der Geburt die Erbsyphilis in Erscheinung trat, wurde durch Hg nur wenig gebessert, aber durch 0,03 Salvarsan rasch geheilt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Hereditäre Syphilis der Knochen, von BADIN. (*Bull. méd.* 1911. S. 280.) Bei einem sechsjährigen Kinde leitete ein lange Zeit erfolglos behandeltes Genu valgum auf die Diagnose: Erbsyphilis. Man fand dann ausgebreitete Knochenveränderungen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Fall von hereditärer Syphilis, von FABRE. (*Lyon méd.* 1911. S. 361.) Das Kind einer syphilitischen Mutter, bei der Geburt völlig gesund, erkrankte nach einem Monat an schweren Erscheinungen hereditärer Syphilis, zu denen sich noch eine Bronchopneumonie gesellte. Es wurden Inunktionen gemacht und schliefslich in die Flanken zwei Tropfen Terpentinöl injiziert. Es entwickelte sich eine heftige entzündliche Reaktion, worauf das Kind rasch genas. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Hereditäre Syphilis des Pharynx und Larynx, von NOBÉCOURT. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 21.) Kurzer Bericht über einen Fall von tardiver hereditärer Syphilis des Rachens und Kehlkopfes. Es handelte sich um ein schlecht entwickeltes, schwächliches 13jähriges Mädchen, bei dem seit fünf Wochen Halsschmerzen, rauher Husten, Atemnot und Beklemmung bestanden; die Tibien waren leicht verdickt und gekrümmt und wiesen an den Vorderflächen deutliche Schwellungen auf, die hinteren Gaumenbögen und die Uvula waren zinnoberrot, an der hinteren Rachenwand fanden sich ziemlich tiefgehende Fissuren; die Nase war ein wenig abgeplattet. — Injektionen von Hydrargyrum bijodatum bewirkten vollständige Heilung. *Götz-München.*

Über BANTIsche Krankheit bei hereditärer Lues und ihre Behandlung mit Salvarsan, von W. SCHMIDT-Mainz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 12.) Es ist schon von anderer Seite darauf hingewiesen worden, dafs eine auf hereditärer Lues beruhende Milzschwellung mit Nebenerscheinungen das Bild der BANTIschen Krankheit vortäuschen kann. Auf der CURSCHMANNschen Abteilung am Krankenhaus in Mainz hat S. einen 14jährigen Knaben mit enormer Milzschwellung, Leberaffektion und Begleitsymptomen beobachtet, bei dem die Anamnese (Tabes der Mutter) und der positive Ausfall der WASSERMANN-Reaktion den Anlafs gaben, einen Versuch mit Salvarsan in Form einer subcutanen Injektion von 0,4 zu machen. Das derzeitige recht ernste Krankheitsbild verwandelte sich in das der vollständigen Gesundheit; namentlich nahm die enorm geschwollene Milz normale Dimensionen an, und der Patient nahm seine Arbeit als Goldschmiedslehrling bei bestem subjektiven Wohlbefinden wieder auf. Verfasser will mit dieser Mitteilung aber durchaus nicht die Vorstellung hervorrufen, als seien etwa alle Fälle von BANTIscher Krankheit in Wirklichkeit nichts anderes als verkappte Syphilis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Lymphadenoma bei einem hereditär-syphilitischen und tuberkulösen Kinde, von MAC LENNAN. (*Glasgow med. Journ.* April 1911.) Ein hereditär-tuberkulöses und syphilitisches Kind starb unter den Zeichen hochgradigster Anämie. Die Sektion ergab HODGKINsche Krankheit. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Kongenitale Syphilis des Herzens, von A. S. WARTHIN - Ann Arbor. (*Amer. Journ. med. scienc.* März 1911.) Die allgemein verbreitete Ansicht, dafs die Syphilis relativ selten das Herz befalle, ist nach S. entschieden unrichtig, und namentlich ist nach den hier mitgeteilten Beobachtungen eine kongenitale Lokalisierung der Spirochäten in der Herzsubstanz jedenfalls nicht als eine wirklich sehr seltene Erscheinung zu bezeichnen. Verfasser berichtet über die Autopsiebefunde bei zwölf Fällen von Herzsyphilis, welche er in relativ kurzer Zeit hat sammeln können. Von diesen entfielen neun in das Säuglingsalter bzw. in die Zeit der frühesten Kindheit, und es ist bezeichnend, dafs nur in einem einzigen Falle die Diagnose intra vitam gestellt worden war. Es wird hervorgehoben, dafs hereditäre Syphilis des Herzens viel häufiger, als die meisten Beobachter ahnen, die Ursache von plötzlichen und scheinbar unerklärlichen Todesfällen abgibt. Dabei ist es durchaus begreiflich, dafs man bisher diese Vorgänge so vielfach übersehen hat, denn auch bei den von W. untersuchten Herzen waren makroskopische und auch mikroskopische anatomische Veränderungen typischer Art vielfach nicht zu erkennen, und es brachte erst der Nachweis der Spirochäten Aufschlufs über den wahren Sachverhalt. Die histologischen Veränderungen sind, wie an mehreren Photogrammen von Präparaten demonstriert wird, meistens die der interstitiellen Myokarditis. Bemerkenswert ist auch die enorme Anzahl von Parasiten, die das Herz beherbergen kann, ohne erhebliche anatomische Veränderungen darzubieten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis maligna praecox, von Lebar und Routier. (*Bull. méd.* 1911. S. 218.) Eine Patientin, die durch lange dauernde Hg-Medikation nicht gebessert werden konnte, wurde durch 0,6 Salvarsan angeblich in fünf Tagen geheilt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein lehrreicher Fall von Syphilis, gefolgt von Paresis, von Curran Pope-Louisville. (*New York med. Journ.* 15. April 1911.) Der Fall betraf einen 52jährigen Mann, der folgende Erscheinungen zeigte: gegen früher veränderter, sehr leicht reizbarer und erregbarer Zustand, Ptosis und zwar verschiedenen Grades an beiden Augenlidern, Pupillenveränderungen (langsam, unregelmäſsig, Schwäche des Externus), Tremor der Zunge und der Gesichtsmuskeln, motorische Schwäche in den Unterextremitäten, verringerte sexuelle Leistungsfähigkeit und Schwäche des Blasenschlieſsmuskels usw. P. stellte die Diagnose auf Gehirnsyphilis, welche aber sowohl vom Hausarzte wie den Angehörigen des Patienten mit Entrüstung zurückgewiesen wurde. Ersterer gab aber doch insgeheim kleine Dosen Quecksilber, die aber ein Weitergreifen des Prozesses nicht verhindern konnten; Patient endete schlieſslich in einem Sanatorium an einem apoplektiformen Anfall. P. führt als Hauptcharakteristikum der Nervensyphilis die Unregelmäſsigkeit der Symptome, deren Verschwinden und Wiederauftreten, die scheinbar plötzlichen Veränderungen (heute besser, morgen schlechter) an. Syphilis des Nervensystems befällt primär nicht das Nervengewebe, sondern deren Blutgefäſse, Membranen und Bindegewebe und erst sekundär die Nervengewebe. Bezüglich der Behandlung ist P. Anhänger intensiver hypodermatischer Quecksilberbehandlung und hoher Joddosen, als wertvoller unterstützender Mittel der Hydro- uud aller Formen der physikalischen Therapie.

Stern-München.

Über einen Fall von luetischem Fieber (tertiäres Syphilid ohne Sekundärerscheinungen), von S. Gottschalk-Mayen. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 42.) Zwei Wochen nach einem suspekten Coitus trat bei dem 54jährigen Manne ein Ulcus durum usw. auf, sechs bis acht Wochen später unter Fieber Druckempfindlichkeit und Verbreiterung des Prozessus spinosus am neunten Brustwirbel. Letztere Affektion deutet Autor als Ostitis gummosa, eine Auffassung, welche angezweifelt werden muſs.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Histologie der experimentellen syphilitischen Keratitis und der dabei beobachteten umschriebenen Granulome (Granuloma corneale syphiliticum), von E. Hoffmann-Halle. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.) Sitzungsbericht vom „Verein der Ärzte in Halle a. S.“ 15. Dezember 1909. Bei seinen serienweise durchgeführten Impfungen an Kaninchenaugen fand Verfasser als Wirkung des syphilitischen Virus auſser der üblichen parenchymatösen Keratitis gelegentlich grauweiſsliche Infiltrationen im Pupillargebiet, welche sich zu tumorartigen Granulomen entwickelten. Dieselben bestanden vorwiegend aus Plasmazellen und enthielten neben zahlreichen Blutgefäſsen und Kapillarsprossen viele als neugebildete Lymphgefäſse zu deutende Gebilde. Auch fanden sich in einem der Fälle Läsionen, welche den Eindruck von Tuberkeln machten, welche aber durch die weitere Prüfung als ganz unabhängig vom Tuberkulosevirus nachzuweisen waren.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen über experimentelle Syphilis (sekundäre Syphilide, primäres Hornhautsyphilom), von E. Hoffmann-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 13.) Die von Uhlenhuth und Mulzer aufgestellte Behauptung, daſs Kaninchen für die syphilitische Infektion empfänglicher seien als niedere Affen, bezeichnet H. als unrichtig und schildert an der Hand einer Abbildung die Entwicklung von Sekundärerscheinungen, welche er bei einem Cercocebus fuliginosus durch Impfung von syphilitischem Virus in den Hoden hervorgerufen hat. Geringfügigere sekundäre Syphilide kann man auch nach der kutanen Impfung zuweilen auftreten sehen, und

es ist überhaupt der syphilitische Prozefs bei den Impftieren, wie Verfasser darlegt, selbst wenn derselbe sich nur als Primäraffektion dokumentiert, nicht als eine lokalisiert bleibende Erkrankung anzusehen. Beachtenswert sind die hier mitgeteilten Impfversuche am Kaninchenauge; von 26 Tieren, welche gleichzeitig an beiden Augen geimpft wurden, lieferten 24 ein positives Ergebnis, während von 34 nur am einen Auge geimpften nur 14 positiv reagierten. Dagegen fiel die Impfung jedesmal positiv aus bei 13 Kaninchen, welche zwei Monate oder etwss länger nach der erfolglosen Impfung des einen Auges alsdann am anderen Auge geimpft wurden. Dieser so geimpfte Spirochätenstamm ist durch viele Generationen hindurch fortgepflanzt worden und hat den Stoff zu verschiedenen Publikationen (ohne Nennung der Herkunft) geliefert. Betreffs des anatomischen Prozesses am infizierten Auge ist das häufigere Auftreten einer tumorartigen Wucherung beachtenswert, für die H. statt des früher verwendeten Namens „Granuloma corneale syphiliticum“ jetzt nach seinen neueren Untersuchungen die Bezeichnung „primäres (tumorartiges) Hornhautsyphilom“ empfiehlt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen, von Baisch - München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) In den letzten 2½ Jahren sind in der Universitätsfrauenklinik in München bei einer Geburtenziffer von rund 6000 Fällen im ganzen 13 Neugeborene mit Pemphigus syphiliticus beobachtet worden. Es waren bis auf eines alle Frühgeburten im achten oder neunten Monate der Schwangerschaft, und kein Kind überlebte die zweite Lebenswoche. Die Diagnose wurde regelmäfsig durch den Nachweis von Spirochäten im Inhalt der Pemphigusblasen gesichert. Bei einem neuerdings beobachteten Falle wurde auf die intraglutäale Injektion von Salvarsan (0,15 in neutraler Emulsion) eine prompte Besserung beobachtet; allerdings zeigte sich einige Tage später wieder eine Verschlimmerung; dieselbe ging aber auf eine nochmalige Injektion schnell vorüber. Die intravenöse Behandlung der stillenden Mutter hatte keinen Einflufs auf das Kind erkennen lassen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Skrophulose-ähnliche Syphilis der Haut, von J. Nicolas, M. Favre und C. Laurent. (*Province méd.* 3. Dez. 1910.) Im Anschlufs an einen Fall, der am Kiefer und den Unterextremitäten Hautulcerationen hatte, die tuberkulösen Erscheinungen sehr ähnlich waren, die aber durch die Wassermannsche Reaktion als syphilitisch erkannt wurden, besprechen die Autoren die bei der Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose in Betracht kommenden Momente. Weder die klinischen noch die histologischen Merkmale konnten, ebensowenig wie die Cuti- und Intradermoreaktion mit Tuberkulin, die Diagnose sichern. Erst durch die Seroreaktion konnte sie festgestellt werden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Der Köstersche Follikel und die histologischen tuberkuloiden Bildungen bei der Syphilis, von Joseph Nicolas-Lyon. (*Festschr. f. J. Teissier-Lyon.* 1910. A. Rey & Cie.) Aus zahlreichen Untersuchungen des Verfassers geht hervor, dafs die tertiären knötchenförmigen Syphilide, seien sie cutan, subcutan oder mukös gelegen, seien sie ulzeriert oder nicht, ebenso wie die gummösen Haut- und Schleimhautsyphilide in beinahe konstanter Weise typische Riesenzellen, ein- oder vielkernige epitheloide Zellen und sogar den Kösterschen vollständig gleichende Follikel enthalten, die mit den Friedländerschen Tuberkelknoten vollständig identisch sind und aus einer oder mehreren Riesenzellen bestehen, welche von dem doppelten Kranz von epitheloiden und lymphoiden Zellen umgeben sind. Diese Veränderungen sind durch die momentan zur Verfügung stehenden histotechnischen Hilfsmittel in keiner Weise von den echten Tuberkeln zu unterscheiden. Auch in sekundären Syphiliden mit knötchenförmigem Typus finden sie sich, wenn auch weniger häufig und weniger

typisch. In Abwesenheit des nunmehr nicht mehr gültigen histologischen Kriteriums können einzig die Tierimpfungen oder die Heilung durch eine Jod-Quecksilbertherapie für die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Syphilis mafsgebend sein. Da diese tuberkuloiden Bildungen auch bei anderen Erkrankungen (Aktinomykose usw.) vorkommen, so können sie nicht für Tuberkulose oder irgendeine andere Erkrankung, bei der sie gefunden werden, spezifisch sein. Es sind histologische Bildungen, welche jeder entzündliche Vorgang mit degenerativer Tendenz und langsamem Verlauf hervorbringen kann. *Gunsett-Strafsburg.*

Klinisches Studium zosteriformer Hautsyphilide mit Beitrag eines durch seine faciale und lumbo-abdominale Lokalisation ungewöhnlichen Falles, von Ruta. (*Gaz. internaz. di Med., Chir. etc.* 1910. Nr. 37.) Zosteriforme Syphilide sind Erscheinungen der Spätperiode, die wahrscheinliche Folge von spezifischen Affektionen der Cerebrospinalachse (Spezialganglien, spezieller G. Gassei, hintere Wurzeln, Zellen des hinteren Horns) oder auch der Ganglien des Sympathicus. Diese bewirken trofoneurotische Störungen in dem betreffenden Hautgebiete und so einen Locus minoris resistentiae für die Spirochaeta pallida. Es finden sich hier keine Blasen, sondern Knoten und Papeln. Die Affektion schwindet in relativ kurzer Zeit auf antisyphilitische Therapie. *Haas-Hamburg.*

Die Bedingungen für die Überhäutung gewisser tertiärer, ulceröser Syphilisformen, von L. Brocq, (*Bull. med.* 1910. S. 1141.) An der Hand einiger Fälle zeigt B., dafs man bei schweren, ulcerierten Spätsyphiliden mit einer leichten internen Quecksilberkur (liquor van Swieten), Jodkalium und allgemeinen hygienischen Mafsnahmen (Umschläge, Fernhaltung von Reizen usw.) dieselben wunderbaren Erfolge erzielen kann, wie mit Salvarsan. So sehr also in der Frühperiode der Syphilis eine Sterilisirung des Körpers durch eine der angegebenen Methoden anzustreben sei, so wenig sind in der wenig infektiösen Spätperiode derartige Gewaltkuren anzuraten. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Einige Bemerkungen über syphilitische Herz- und Gefäfskrankheiten vom klinischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte aus, von H. C. Jacobaeus - Stockholm. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1911. Nr. 1 u. 2.) Die vom Verfasser angeführten Beobachtungen bilden eine weitere Stütze für den von Elgren aufgestellten Satz, dafs Syphilis eine gewöhnliche Ursache der Arteriosklerose ist und teils dieselbe in früherem Alter als unter anderen Verhältnissen hervorruft. Unter 100 Fällen von Herzkrankheiten fanden sich mittels Wassermannscher Reaktion 25 als luetischen Ursprungs. Es handelte sich dabei um Aortenklappenfehler, um Cardio-Arteriosklerose und Aneurysmen. In den meisten dieser Fälle fanden sich Symptome von Arteriosklerose, die oft ohne klinische Symptome durch eine röntgenologich nachweisbare Verkalkung der Arterien der unteren Extremität nachgewiesen wurden. Letztere tritt nach des Verfassers Untersuchungen schon lange vor jedem klinischen Symptom der Erkrankung auf und kann als Frühsymptom derselben aufgefafst werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Aortitis syphilitica, von Hirtz und Braun. (*Bull. méd.* 1911. S. 279.) Kurze Besprechung der Symptomatologie, Prognose, Therapie und pathologischen Anatomie der genannten Erkrankung. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über die luetische Aortenerkrankung, von Grau-Düsseldorf. (*Ztschr. f. klin. Med.* Bd. 72, Heft 3 u. 4.) Die luetische Aortenerkrankung ist sehr häufig und kommt vorwiegend im mittleren Lebensalter vor; sie macht im allgemeinen erst im Stadium der Dekompensation subjektive Störungen; sie kann bald nach der Infektion einsetzen; wahrscheinlich ist, dafs sie oft aufserordentlich lange symptomlos verläuft. Die subjektive Untersuchung durch die physikalische Diagnostik liefert einige, aber immerhin

nur unsichere Sondermerkmale für den luetischen Charakter der Aortenerkrankung. Charakteristisch scheint für Aortenlues vor allem ängstliche Verwirrtheit mit halluzinatorischen Ideen zu sein. Die Wassermannsche Reaktion ist bei Aortenlues fast immer positiv; es gibt jedoch sichere Fälle von Döhle-Heller mit negativer Wassermannscher Reaktion.

Nicht allzu selten sind Fälle, in denen der Herzfehler eine gemischte Ätiologie hat — Lues neben anderweitiger Endokarditis. Wenn bei einem luetischen Aortenvitium einmal Dekompensation eintritt, ist meist der Verlauf rach ungünstig.

Die spezifische Therapie kann bei ganz frühzeitig gestellter Diagnose Erfolg haben. *Schourp-Danzig.*

Aorteninsuffizienz und Syphilis, von Fulchiero und U. Reverdito. (*Morgagni.* 1911. Nr. 1.) Die Verfasser teilen eine Kasuistik von 16 Krankengeschichten mit. Unter diesen war neunmal, d. h in 56,2% der Fälle die Wassermannsche Reaktion positiv. Es handelte sich dabei in zehn Fällen um reine Aorteninsuffizienz und in sechs Fällen um eine Kombination derselben mit Mitralfehlern. Unter den zehn Fällen von reiner Aorteninsuffizienz fanden sie in 60% die Wassermannsche Reaktion positiv. Wenn sie ferner diejenigen Fälle unberücksichtigt liefsen, bei denen Gelenkrheumatismus in der Anamnese war, so bekamen sie 81,8% positiven Ausfall der Reaktion. In zwei Fällen mit Gelenkrheumatismus in der Anamnese war die Reaktion positiv, trotzdem nur in einem Lues zugegeben wurde. Die Verfasser weisen deshalb darauf hin, dafs auch, wenn anscheinend aus der Anamnese auf eine andere Ätiologie geschlossen werden könnte, doch die Wassermannsche Reaktion von Bedeutung sein kann. *Gunsett-Strafsburg.*

Histo-Mikrobiologie der syphilitischen Arteriitis, von Albert Sézary. (*Presse méd.* 1910, Nr. 99.) Der Verfasser teilt einen selbst untersuchten Fall von Arteriitis cerebralis mit, der die eine Arteria fossae Lylibi betraf. Die histologischen Läsionen hatten ihren Sitz in der Intima und Adventitia. Die Intima war verdickt, hyperplastisch und mit einigen Rundzellen infiltriert. Die Media war in ihrem inneren Teil hyperplastisch und wies in ihrem peripheren Teil Rundzelleninfiltrate auf. Die Vasa vasorum erschienen erweitert, ödematös, teils thrombosiert. Einige verkäste Gummata fanden sich im periarteriellen Bindegewebe. Ausschliefslich in der Umgebung und im Innern dieser Gummata wurden Spirachäten gefunden. Sie lagen teils intracellulär, teils frei innerhalb des verkästen Gewebes oder in den Lymphräumen und den Maschen des Bindegewebes. Sonst wurden Spirochäten nirgends nachgewiesen, weder in der Intima, Media oder Adventitia, noch in der Vasa vasorum, noch in der Meningitis der Umgebung. *Gunsett-Strafsburg.*

Endoarteritische Lues der kleineren Hirngefäfse, von Wilhelm Sagel. (*Ztschr. f. Neurol.* Bd. I, Nr. 3.) Der Symptomenkomplex entspricht gewissen Fällen der progressiven Paralyse, welche in der Form einer schweren deliriösen Verworrenheit meist rasch zum Tode führen. Einzelheiten sind im Original nachzusehen.

Schourp-Danzig.

Ein Fall von hypoplastischer Anämie, wahrscheinlich luetischen Ursprungs, von Ernst Renaux. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1911. Nr. 11.) Es handelt sich um eine intensive Anämie (11% Hämoglobin) ohne Regenerationsformen roter Blutkörperchen mit auf einer nasalen Ulceration beruhenden Nasenblutungen und positivem Wassermann. Mercurialbehandlung in Verbindung mit einer Exzision des Geschwürs brachten vollkommene Heilung. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Kenntnis der Beziehungen der perniziösen Anämie zur Syphilis, von Otto Roth-Zürich. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 44.) Mitteilung eines der seltenen Fälle, wo Syphilis als ätiologischer Faktor zum Entstehen einer perniziösen Anämie geführt

hat. Den Beweis für diesen Zusammenhang bringt der prompte therapeutische Erfolg einer Hg-Kur. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ungewöhnlicher Fall von Lungensyphilis, von v. HANSEMANN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 2.) Der Fall von Lungensyphilis eines Neugeborenen, der fünf Minuten gelebt hat, zeigt so schwere Veränderungen, wie sie Verfasser bisher nie sah. Die gewöhnliche Form ist die weifse Pneumonie. Hier sind die Lungen stark vergröfsert, so dafs sie das Zwerchfell nach unten verdrängt haben. Schon von aufsen sind taubeneigrofse geschwulstartige Bildungen erkennbar, die auf dem Durchschnitt wie Krebsmetastasen aussehen. Mikroskopisch handelt es sich nicht um zirkumskripte Gummen, sondern um diffuse Wucherungen, die an einer Stelle stärker aufgetreten waren als auf der andern. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Leukokeratosis, vor ACHILLE BREDA. (*Atti e mem. della R. accad. di scien., lett. ed arti in Padova.* Vol. XXVI, Nr. 4.) B. teilt mit den meisten anderen Dermatologen die Ansicht, dafs die Leukokeratosis gewöhnlich eine Folge der Lues, häufig des Rauchens, meistens aber beider ist. Weiterhin polemisiert er gegen die Ansicht WILLIAMS, dafs sie immer ein Vorstadium des Krebses sei. Er teilt eine Reihe von Fällen mit, welche die verschiedensten Lokalisationen (Wangen, Lippen, Zunge, Glans, Blase) aufwiesen, darunter einen Fall von Leukokeratose der Vulva mit einer Eruption auf dem Thorax, welche vollständig der von RIECKE beschriebenen Weifsfleckenkrankheit entsprach. *Gunsett-Strafsburg.*

Syphilitische Hypertrophie der unteren Nasenmuschel, von J. W. JERVEY-Greenville. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 16.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Über Erkrankung des Acusticus bei erworbener Lues, von OTTO MAYER-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) M. weist auf eine Arbeit von HABERMANN hin, die bereits aus dem Jahre 1896 stammt und aus dem grofsen Material der damals JARISCHschen Klinik 66 Fälle von Erkrankungen des Acusticus bei Syphilis zusammenstellt. In 34 Fällen trat die Affektion des Ohres schon im sekundären Stadium der Lues auf, und zwar wurden die Erscheinungen bei 15 Fällen gleichzeitig mit Beginn der Allgemeinsymptome konstatiert, ja bei drei Fällen soll sogar die Erkrankung der Haut erst einige Tage später erfolgt sein. Daraus geht also hervor, dafs die Acusticus-Erkrankung schon in einem sehr frühen Stadium der sekundären Lues auftreten kann. Neben Ohrensausen oder -klingen, Kopfschmerzen, manchmal auch Schwindel, wurde die Diagnose hauptsächlich aus dem Ergebnis der Gehörprüfung festgestellt.

Aus dem seit 1896 an der Klinik HABERMANN beobachteten Material hat Verfasser nun weitere 65 Fälle zusammenstellen können, aus denen er folgende Schlüsse zieht: „1. Die Erkrankung des Acusticus kann schon drei Wochen nach dem Primäraffekt, also bei ungefähr sechs Wochen alter Lues auftreten. Am häufigsten ist sie während des ersten Halbjahres nach der luetischen Infektion. Doch kann auch 25 bis 30 Jahre nach der Infektion eine Erkrankung des Acusticus stattfinden.

2. Die Erkrankung des Acusticus setzt in den meisten Fällen mit subjektiven Geräuschen ein, in der Hälfte der Fälle ist aufserdem noch Schwindel vorhanden. Diese Symptome können wahrscheinlich schon vorhanden sein vor dem Auftreten des Exanthems und bilden dann einen Teil der prodromalen Erscheinungen der luetischen Allgemeinerkrankung. In den späteren Stadien der sekundären Lues tritt die Ohraffektion fast stets gleichzeitig mit einem Rezidiv auf und ist dann wohl als Teilerscheinung eines solchen aufzufassen.

3. Die Hörstörung tritt fast stets allmählich auf und kann die verschiedensten Grade erreichen. Meist ist sie doppelseitig, und zwar entweder auf beiden Seiten gleich oder es ist eine einseitige stärkere Schwerhörigkeit, ja sogar Taubheit vorhanden.

Selten ist eine Seite vollkommen normal, während auf der anderen Seite eine stärkere Schwerhörigkeit besteht. Die Prüfung mit Stimmgabeln ergab in den untersuchten Fällen stets das Vorhandensein einer Affektion des Acusticus und war eine Affektion des Mittelohres ausgeschlossen.

4. In einer grofsen Zahl der Fälle, ungefähr der Hälfte derselben, wurden neben den Hörstörungen auch vestibulare Symptome beobachtet, welche meistens nur in zeitweise auftretendem leichten Schwindel, manchmal jedoch in hochgradigen Schwindelanfällen, begleitet von Erbrechen und in auffälligen Gleichgewichtsstörungen bestanden. Doch ist eine isolierte Erkrankung des Vestibularis nicht beobachtet worden."

Verfasser glaubt trotzdem, dafs die nach Salvarsan beobachteten Erkrankungen des Acusticus mit dem Präparat zu tun haben, da sich die nach Salvarsan beobachteten Affektionen in mancher Beziehung von den auf Lues beruhenden unterscheiden: einmal das prompte Auftreten der Affektion wenige Stunden nach der Injektion: ferner der Umstand, dafs eine grofse Zahl von Fällen in einem relativ sehr kurzen Zeitraum beobachtet worden ist und schliefslich die häufigen isolierten Vestibularerkrankungen, die sich unter 65 Fällen des Verfassers nicht ein einzigesmal gefunden haben.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der luetischen Erkrankung des Labyrinthes und der Hörnerven, von G. Alexander-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 13.) A. stellt fest, dafs bei richtiger Wertung der Mayerschen Statistiken auch aus diesen eine geringe prozentuelle Beteiligung des Ohres bei Syphilis sich ergibt. Im übrigen betont er Frey (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 11) gegenüber, dafs Frühzeitigkeit und Schwere der Erscheinungen verglichen werden müssen und dafs den Fingerschen Fällen aus der Literatur nur wenige Fälle entsprechen. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Frage der Erkrankungen des Acusticus und des Labyrinthes bei erworbener Lues, von Ottn Mayer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 15.) Polemik gegen Alexander. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von neurotischer Taubheit bei einem Syphilitiker 30 Jahre nach der Infektion, von A. H. Cheatle-London. (*Lancet.* 21. Jan. 1911.) Der 51jährige Patient leidet seit sieben bis acht Jahren an Taubheit und Ohrenklingen auf beiden Seiten. Als einzige erkennbare Ursache beschuldigt Verfasser die mit 21 Jahren akquirierte und wohl nicht genügend behandelte Syphilis. Die Wasfermannsche Reaktion war stark positiv. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über syphilitische Neurorezidive, insbesondere solche nach Quecksilberbehandlung, von Benario-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Als Entgegnung auf die Äufserungen von Finger-Wien, der das Salvarsan für die Praxis noch nicht geeignet erachtet, nachdem er bei sieben Fällen Affektionen teils des Nervus acusticus (drei), teils des Opticus und Oculomotorius (vier) etwa zwei bis drei Monate nach der Injektion hat auftreten sehen, berichtet B. über zehn teils schon publizierte, teils ihm brieflich mitgeteilte Fälle, welche den strikten Gegensatz zu den Fingerschen Beobachtungen bilden. Es waren dies Patienten, welche teils nach Quecksilberbehandlung, teils vor der Durchführung einer ausreichenden antisyphilitischen Behandlung Affektionen verschiedener Kopfnerwen (Acusticus, Facialis, Oculomotorius) darboten. Von diesen zehn Patienten sind sieben nach der Salvarsanbehandlung glatt als geheilt zu bezeichnen, ein Fall ist als ungeheilt angeführt, bei einem anderen mit doppelseitiger Affektion des Gehörs ist wenigstens auf der einen Seite Heilung eingetreten und ein weiterer Fall befindet sich, gebessert, noch in Behandlung. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs eine genauere Prüfung der mit den bisherigen Mitteln behandelten Kranken zeigen wird, dafs Nervenaffektionen bei Syphilis viel häufiger sind, als bisher allgemein angenommen wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Klinik des intermittierenden Hinkens, von H. Schlesinger. (*Neurol. Centralbl.* 1911. Nr. 1.) Bei seinen Untersuchungen über intermittierendes Hinken hat Verfasser in 15 von 57 Fällen Syphilis anamnestisch, teils serologisch festgestellt. Bei drei war ein Rückgang der Erscheinungen durch eine antiluetische Kur zu erzielen. Sch. möchte deshalb der Syphilis eine gröfsere ätiologische Rolle zuschreiben, als dies bisher geschehen ist. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Scapula scaphoidea, eine häufig vorkommende Anomalie des Schulterblattes, ihr Zusammenhang mit Syphilis in der Ascendenz, von William W. Graves - St. Louis. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 8.) Bei der Scapula scaphoidea ist der Vertebralrand unterhalb der Spina scapulae mehr oder weniger konkav. Auffallend ist, dafs sich bei solchen Individuen frühzeitig eine Arteriosklerose entwickelt. Verfasser glaubt an einen Zusammenhang zwischen dem Vorkommen der Scapula scaphoidea und der Syphilis in der Ascendenz. *Arthur Schucht-Danzig.*

Syphilitische Struma, von Leriche und Cotte. (*Lyon méd.* 1911. S. 638.) Eine Frau im Tertiärstadium der Syphilis bemerkt seit einigen Monaten eine Anschwellung der Thyreoidea, die von der Konsistenz eines Holzstückes ist. Auf Hg-Injektionen ging die Schwellung rasch zurück. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Studie über die syphilitische Mediastinitis, von Dieulafoy. (*Presse méd.* 1910. Nr. 96.) D. teilt folgende interessante Krankengeschichte mit: Ein 63jähriger Mann bekommt zuerst anhaltende Kopfschmerzen, dann schwindet sein Gehör und es stellt sich eine erhebliche Dysphagie ein, die ihm nur noch erlaubte, flüssige Nahrung zu nehmen. Zugleich entwickelte sich eine immer zunehmende Atemnot und eine ödematöse Schwellung des Halses und Kopfes. Bei der Untersuchung fand sich ein hartes Ödem, das die Wangen und die lateralen Gesichtsteile betraf und besonders in der Parotisgegend voluminös wurde. An diesem Ödem nahmen ebenfalls die obere Thoraxpartie und die oberen Extremitäten teil, welch letztere zu enormem Umfang angeschwollen waren. Überall war die Haut von sklerotischer Konsistenz. Nicht befallen waren die obere Gesichtshälfte und die unteren Extremitäten. Am Hals, der Brust, dem Rücken fand man eine stark ausgeprägte, komplementäre Venenausbildung. Besonders deutlich war dies auf dem Abdomen zu konstatieren, wo zwischen den Vv. epigastricae einerseits und den Vv. intercostales und mammariae internae andererseits ein Venenbogen lag, in welchem das Blut von der Vena cava superior zur inferior flofs. Ferner fand sich eine Lähmung des rechten Stimmbandes und eine Abnahme des Atemgeräusches am Thorax rechts. Dies alles liefs auf einen Tumor des Mediastinums schliefsen, der auf die Vena cava superior drücken mufste. In der Anamnese war zwar nichts von einer luetischen Infektion zu eruieren. Trotzdem wurde eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet, die in wenigen Wochen zu einer vollständigen Heilung führte. *Gunsett-Strafsburg.*

Amenorrhoe und tertiäre Syphilis, von Meirowsky und Frankenstein-Köln. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 31.) Mitteilung über drei Fälle von jahrelang andauernder Amenorrhoe bei tertiärsyphilitischen Frauen im geschlechtsreifen Alter. Bei zwei Patientinnen traten nach spezifischer Behandlung die Menses wieder auf, bei der dritten kam es zu typischen menstruellen Beschwerden und zu vikariierendem Nasenbluten, aber ohne dafs sich Blutungen aus den Genitalien einstellten. Die Ursache solcher Amenorrhoen ist wohl eine lokale syphilitische Erkrankung der Ovarien. *Götz-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. №. 3. 1. August 1911.

(Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig. Direktor: Prof. Dr. RILLE).

Statistik der venerischen Krankheiten an der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig in den Jahren 1903 bis 1910.

Von

Dr. RICHARD FRÜHWALD und Dr. FELIX WEILER,

Assistenten der Klinik.

Die beifolgenden Tabellen sollen ein Bild von der Krankenbewegung an der venereologischen Station der Leipziger Hautklinik in den letzten acht Jahren geben. Die Arbeit schliefst sich unmittelbar an die Publikation von EINHAUS[1] an, welcher die Jahre 1897 bis 1902 berücksichtigt. Beide Elaborate zusammen ergeben also einen Gesamtüberblick über die seit dem Bestande der Leipziger Dermatologischen Klinik dortselbst behandelten Geschlechtskranken. Die Dermatologische Klinik im städtischen Krankenhause St. Jakob umfafst insgesamt 208 Betten, welche nötigenfalls auf 243 Betten vermehrt werden können. Hiervon entfallen für Hautkranke 69 Betten (Höchstbelag 80 Betten), für geschlechtskranke Männer 72 bzw. 83, für geschlechtskranke Frauen 67 bzw. 76 Betten.[2]

Im Laufe des heurigen Jahres mufste wegen konstanter Überfüllung der Klinik zeitweilig eine 36 Betten umfassende Zweiganstalt im alten Johannishospitale mit Haut- und Geschlechtskranken belegt werden, sowie gelegentlich das Krankenhaus zu Leipzig-Plagwitz in Anspruch genommen werden. Eine nachhaltige Entlastung der Klinik wird demnächst durch die Einrichtung einer zunächst etwa 60 Betten umfassenden, unter der Leitung der Dermatologischen Klinik verbleibenden Filiale für Haut- und Syphiliskranke im Hermannshause zu Leipzig-Stötteritz geschaffen werden.

---

[1] EINHAUS, Zur Statistik der venerischen Erkrankungen unter spezieller Berücksichtigung der in der Hautklinik zu Leipzig in den Jahren 1897 bis 1902 behandelten Patienten. Inaug.-Dissert., Bruno Georgi, Leipzig 1904.

[2] RILLE, Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten. In der *„Festschrift zum 500jährigen Jubiläum der Universität Leipzig“*, herausgegeben von Rektor und Senat. (S. Hirzel, Leipzig 1909. III. Bd., S. 239.)

Wie jede Statistik hat natürlich auch die unsrige nur einen bedingten Wert, da sie, trotzdem die Stadt Leipzig außer unserer Klinik weitere Heilanstalten für Haut- und Syphiliskranke nicht besitzt, bei weitem nicht alle Geschlechtskranken Leipzigs umfaßt. Ist doch eine große Anzahl in poliklinischer oder privater Behandlung, ganz abgesehen von denen, die ihr Geschlechtsleiden überhaupt vernachlässigen oder sich lieber den hierzulande zahlreich vorhandenen Kurpfuschern anvertrauen. Da es aber im Durchschnitte immer dieselben Kategorien von Patienten sind, die dem Krankenhause überwiesen werden (Mitglieder der Ortskrankenkasse und anderer Kassen usw.), so gibt der Vergleich der einzelnen Jahre doch eine gewisse Übersicht über das Steigen und Fallen der Geschlechtskrankheiten.

Wir lassen vor allem die Tabellen, die **Männer** betreffen, folgen.

Es waren erkrankt im Jahre 1903:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Syphilis	18	16	10	13	12	15	19	9	17	13	15	14	171
Ulcus molle	14	19	6	5	8	9	11	6	7	11	11	12	119
Gonorrhoe	29	30	23	30	36	33	34	34	30	25	25	22	351
Syphilis und Ulcus molle	—	1	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	4
Syphilis und Gonorrhoe	2	2	2	—	—	2	3	3	4	3	2	1	24
Ulcus molle und Gonorrhoe	2	—	—	2	—	3	1	—	2	1	2	1	14
Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Summa	65	68	41	50	57	63	68	52	61	54	55	50	684

Von den Syphiliskranken entfielen auf:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Primäre Syphilis	2	2	3	1	4	4	3	1	7	2	4	2	35
Primäre und sekundäre Syphilis	1	3	3	2	1	2	4	2	1	3	2	1	25
Sekundäre Syphilis	16	11	6	9	8	12	13	8	14	11	11	12	131
Tertiäre Syphilis	1	3	—	1	—	—	2	—	1	1	—	—	9
Summa	20	19	12	13	13	19	22	11	23	17	17	15	200

Es waren erkrankt im Jahre 1904:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Syphilis	21	23	15	13	15	19	14	12	19	12	31	12	206
Ulcus molle	14	13	14	8	10	13	6	13	21	14	18	18	162
Gonorrhoe	33	34	41	17	24	44	30	33	32	29	25	27	369
Syphilis und Ulcus molle	—	2	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	5
Syphilis und Gonorrhoe	1	3	2	1	3	4	—	5	4	3	3	3	32
Ulcus molle und Gonorrhoe	—	—	3	—	—	—	1	—	2	1	3	2	12
Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	69	75	75	39	52	80	53	63	78	60	80	62	786

Von den Syphiliskranken entfielen auf:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Primäre Syphilis	5	11	1	3	3	3	4	3	3	3	10	6	55
Primäre und sekundäre Syphilis	2	1	5	1	2	2	7	6	—	1	8	1	36
Sekundäre Syphilis	14	15	11	8	13	18	5	14	14	10	14	7	143
Tertiäre Syphilis	1	1	—	2	—	—	—	—	—	2	2	1	9
Summa	22	28	17	14	18	23	16	23	17	16	34	15	243

Es waren erkrankt im Jahre 1905:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Syphilis	15	19	22	11	23	9	14	27	18	17	22	16	213
Ulcus molle	16	12	5	11	8	19	4	13	14	11	11	12	136
Gonorrhoe	52	28	28	19	35	21	33	38	33	34	28	28	377
Syphilis und Ulcus molle	1	2	1	—	—	—	1	2	—	3	—	1	11
Syphilis und Gonorrhoe	4	2	4	1	1	4	4	3	—	2	3	2	30
Ulcus molle und Gonorrhoe	2	3	3	3	6	2	1	3	2	3	1	1	30
Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	3
Summa	90	66	64	45	73	55	58	86	67	70	65	61	800

Von den Syphiliskranken entfielen auf:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Primäre Syphilis	8	6	5	1	5	4	4	6	2	5	2	6	54
Primäre und sekundäre Syphilis	3	6	12	7	10	2	3	12	9	2	1	4	71
Sekundäre Syphilis	8	10	9	4	8	6	13	14	7	15	18	9	121
Tertiäre Syphilis	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	4	1	11
Summa	20	23	28	12	24	13	20	32	18	22	25	20	257

Es waren erkrankt im Jahre 1906:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Syphilis	29	18	20	21	13	21	20	26	19	21	14	16	238
Ulcus molle	33	17	17	3	5	5	2	4	5	5	8	8	112
Gonorrhoe	29	33	19	20	21	34	28	39	23	32	43	22	343
Syphilis und Ulcus molle	1	1	2	2	—	—	—	2	—	—	1	4	13
Syphilis und Gonorrhoe	3	2	2	2	4	2	1	3	4	2	2	3	30
Ulcus molle und Gonorrhoe	2	6	4	1	2	1	—	1	1	—	2	1	21
Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3
Summa	98	77	64	49	45	63	51	75	52	60	72	54	760

Von den Syphiliskranken entfielen auf:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Primäre Syphilis	7	8	4	3	2	4	3	3	6	3	4	6	53
Primäre und sekundäre Syphilis	8	3	5	7	6	6	3	8	7	10	6	6	75
Sekundäre Syphilis	18	10	14	14	9	11	15	20	10	9	8	11	149
Tertiäre Syphilis	1	—	1	1	—	2	—	—	—	1	1	—	7
Summa	34	21	24	25	17	23	21	31	23	23	19	23	284

Es waren erkrankt im Jahre 1907:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Syphilis	26	14	20	10	26	19	13	17	19	15	19	26	224
Ulcus molle	7	9	8	6	16	16	20	18	16	21	15	23	175
Gonorrhoe	46	27	14	27	24	29	41	25	23	27	25	20	328
Syphilis und Ulcus molle	1	—	—	1	1	3	3	1	2	2	2	1	17
Syphilis und Gonorrhoe	3	3	3	4	4	2	3	1	1	2	2	—	28
Ulcus molle und Gonorrhoe	2	1	1	2	—	5	1	2	—	2	1	2	19
Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	85	54	46	50	71	74	81	64	61	69	64	72	791

Von den Syphiliskranken entfielen auf:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Primäre Syphilis	3	2	4	1	6	8	—	2	3	2	2	—	33
Primäre und sekundäre Syphilis	5	5	5	3	8	6	5	3	6	7	6	12	71
Sekundäre Syphilis	18	9	11	10	16	10	14	13	11	9	14	13	148
Tertiäre Syphilis	4	1	3	1	1	—	—	1	2	1	1	2	17
Summa	30	17	23	15	31	24	19	19	22	19	23	27	269

Es waren erkrankt im Jahre 1908:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Syphilis	17	29	8	17	21	20	20	15	16	22	8	20	213
Ulcus molle	19	20	13	19	22	16	21	28	23	19	13	10	223
Gonorrhoe	33	16	40	25	26	28	41	33	25	36	41	25	369
Syphilis und Ulcus molle	2	1	2	2	2	1	—	1	1	1	1	1	15
Syphilis und Gonorrhoe	3	1	—	—	1	—	4	—	1	5	—	1	16
Ulcus molle und Gonorrhoe	1	1	—	—	—	3	—	1	—	4	1	1	12
Syphilis, Ulcus molle und Go-Gonorrhoe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	75	68	63	63	72	68	86	78	66	87	64	58	848

Von den Syphiliskranken entfielen auf:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Primäre Syphilis	1	2	3	4	—	2	2	—	1	—	—	2	17
Primäre und sekundäre Syphilis.	4	6	4	6	7	5	8	3	5	8	4	8	68
Sekundäre Syphilis	15	19	3	8	15	13	14	13	10	20	5	12	147
Tertiäre Syphilis	2	4	—	1	2	1	—	—	2	—	—	—	12
Summa	22	31	10	19	24	21	24	16	18	28	9	22	244

Es waren erkrankt im Jahre 1909:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Syphilis	22	15	23	15	15	17	14	17	7	20	26	17	208
Ulcus molle	6	8	13	12	5	5	17	11	12	7	12	9	117
Gonorrhoe	50	31	27	31	26	30	45	45	31	45	29	33	423
Syphilis und Ulcus molle	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	1	—	4
Syphilis und Gonorrhoe	3	—	4	3	2	1	2	1	1	4	3	5	29
Ulcus molle und Gonorrhoe	3	2	—	—	1	—	1	1	2	1	—	1	12
Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Summa	84	56	67	61	50	53	79	76	54	78	71	65	794

Von den Syphiliskranken entfielen auf:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Primäre Syphilis	2	—	1	4	—	1	3	1	—	3	3	—	18
Primäre und sekundäre Syphilis.	4	2	3	6	6	10	5	7	3	9	8	8	71
Sekundäre Syphilis	17	11	16	8	10	6	7	10	6	12	16	13	132
Tertiäre Syphilis	2	2	7	—	2	1	1	1	—	1	3	1	21
Summa	25	15	27	18	18	18	16	19	9	25	30	22	242

Es waren erkrankt im Jahre 1910:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Syphilis	24	24	20	25	22	15	26	35	40	26	38	32	327
Ulcus molle	19	10	5	10	6	7	5	7	5	8	2	7	91
Gonorrhoe	39	34	24	28	30	45	45	35	27	28	31	37	403
Syphilis und Ulcus molle	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
Syphilis und Gonorrhoe	3	1	1	1	3	2	3	3	5	6	2	2	32
Ulcus molle und Gonorrhoe	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	86	69	51	64	61	70	79	80	77	69	73	78	857

Von den Syphiliskranken entfielen auf:

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summa
Primäre Syphilis	—	2	2	1	1	1	8	5	6	3	7	6	42
Primäre und sekundäre Syphilis	9	4	5	12	10	11	3	13	10	6	8	5	96
Sekundäre Syphilis	19	16	13	12	14	5	16	17	26	21	21	20	200
Tertiäre Syphilis	—	3	1	1	—	—	2	3	3	3	4	3	23
Summa	28	25	21	26	25	17	29	38	45	33	40	34	361

Von den Syphiliskranken wurden zweimal und öfters aufgenommen:

Jahr	
1903	31
1904	31
1905	31
1906	34
1907	44
1908	44
1909	42
1910	60
Summa	317

Aufserdem wurden Patienten wegen folgender Erkrankungen aufgenommen:

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Leistenbubo ohne nachweisbare Ursache	13	14	15	7	8	15	15	13
Balanitis	31	14	14	14	16	23	29	28
Genitalgangrän	—	2	7	4	8	12	8	6
Strikturen und Prostatahypertrophie	1	1	—	1	7	4	5	4
Spitze Kondylome	3	1	5	6	2	4	7	7
Latente Syphilis	2	6	1	3	9	3	11	15

An Komplikationen waren erkrankt, und zwar an:

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Epididymitis gon.	126	133	136	129	130	147	148	158
Rheumatismus gon.	6	2	11	15	2	12	18	21
Cavernitis und Prostatitis	5	13	15	24	13	21	27	17
Bubo venereus	61	91	68	55	134	145	50	57

Dem Alter nach verteilen sich die Patienten folgendermafsen:

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
15.—20. Jahr	182	196	197	196	250	262	208	198
21.—25. „	300	308	299	307	298	318	338	347
26.—30. „	144	187	213	164	152	186	158	184
31.—40. „	86	85	97	94	94	100	128	154
41.—50. „	17	37	29	28	36	33	25	31
51.—60. „	2	10	3	4	8	7	10	11
Älter als 60 Jahre	3	1	4	2	3	3	2	5

Die letzte Tabelle gibt die Berufsarten der aufgenommenen Kranken an:

	Handwerker und Professionisten	Fleischer, Bäcker, Köche	Friseure	Gärtner und Landwirte	Arbeiter	Wagenlenker und Schiffer	Kellner	Markthelfer	Diener und Boten	Kaufleute	Beamte, Techniker, Lehrer	Schreiber	Schauspieler, Artisten, Musikanten	Studenten	Krankenpfleger	Private
1903...	278	54	14	4	135	18	62	22	31	71	12	7	2	22	1	1
1904...	319	49	12	6	168	31	56	32	26	84	14	3	4	20	—	—
1905...	311	64	23	6	197	31	45	28	21	75	24	3	2	12	—	—
1906...	330	48	5	5	178	36	38	23	20	76	13	4	12	7	—	—
1907...	360	54	14	3	188	37	39	26	18	60	9	8	9	13	3	—
1908...	368	47	20	11	219	32	51	21	16	74	19	5	10	14	2	—
1909...	330	52	15	3	182	44	58	30	35	85	15	3	4	13	—	—
1910...	326	41	15	10	190	46	56	42	32	100	25	7	7	27	2	4
Summa	2622	409	118	48	1457	275	405	224	199	625	131	40	50	128	8	5

Überblicken wir die Zahlen, so sehen wir, daſs die Gesamtsumme der von 1903 bis 1910 klinisch behandelten Geschlechtskranken 6320 Männer beträgt, was einem Jahresdurchschnitte von 790 entspricht. Davon entfallen:

1800 auf Syphilis,
1135 „ weichen Schanker,
2963 „ Tripper,
71 „ Syphilis mit weichem Schanker,
221 „ Syphilis mit Tripper,
122 „ weichen Schanker mit Tripper,
8 „ die Kombination aller drei Krankheiten.

Ferner fällt sofort in die Angen, daſs einerseits die Zahl der Patienten in diesen Jahren ständig gestiegen ist, und daſs sie andererseits bedeutend gröſser ist, als in den Jahren 1897 bis 1902, die EINHAUS berücksichtigt. Die Zahl der Geschlechtskranken im Jahre:

1897 betrug 418,
1898 „ 534,
1899 „ 567,
1900 „ 502,
1901 „ 499,
1902 „ 535,

was also einem Jahresdurchschnitte von etwa 500 entspricht.[3]

Auch ist in den Jahren 1897 bis 1902 kein Steigen der Krankheiten, sondern ein ganz unregelmäſsiges Schwanken zu verzeichnen. Anders in den von uns berücksichtigten Jahren: die Zahl steigt bis 1905, sinkt dann etwas, um abermals zu steigen und 1910 die Höchstzahl 857 (bzw. 797) zu erreichen. Setzt man jedoch die Zahlen ins Verhältnis zur Gesamtzahl der im Krankenhause St. Jakob aufgenommenen männlichen Kranken,

[3] Allerdings hat EINHAUS diejenigen Patienten, die wegen einer syphilitischen Erkrankung mehrmals in Behandlung standen, nur einmal gerechnet, während in diesen Tabellen jede neue Eruption, die zum Krankenhausaufenthalte führte, einzeln gezählt ist. Zieht man diese Rezidive, die in einer eigenen Tabelle verzeichnet sind, ab, so ergeben sich folgende Zahlen für Geschlechtskrankeiten:

1903 waren 653,
1904 „ 755,
1905 „ 769,
1906 „ 726,
1907 „ 747,
1908 „ 804,
1909 „ 752,
1910 „ 797

Männer in Behandlung. Diese Zahlen sind aber immer noch höher als die Frequenzziffer in den Jahren 1897 bis 1902.

so findet man, daſs die Zahl der Geschlechtskranken prozentual etwas abnimmt, denn im Jahre

1903 betrug sie 12,49%,
1904 „ „ 12,92%,
1905 „ „ 12,82%,
1906 „ „ 11,77%,
1907 „ „ 11,22%,
1908 „ „ 11,19%,
1909 „ „ 10,08%,
1910 „ „ 10,13%.

Die Krankenfrequenz in den einzelnen Monaten ist groſsen Schwankungen unterworfen, doch zeigt sich, daſs einzelne Monate sehr häufig eine hohe oder die höchste Frequenz haben. Die folgende Tabelle zeigt, an welcher Stelle der Frequenz nach die Monate in den einzelnen Jahren rangieren.

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Januar	2	4	1	1	1	4	1	1
Februar	1	3	6	2	9	6	9	8
März	10	3	8	5	11	9	6	11
April	9	10	12	11	10	9	8	9
Mai	5	9	3	12	5	5	12	10
Juni	3	1	11	6	3	6	11	7
Juli	1	8	10	10	2	2	2	3
August	8	5	2	3	7	3	4	2
September	4	2	5	9	8	7	10	5
Oktober	7	7	4	7	6	1	3	8
November	6	1	7	4	7	8	5	6
Dezember	9	6	9	8	4	12	7	4

Es ergibt sich aus dieser Tabelle etwa folgende Reihenfolge der einzelnen Monate: Januar, Juli, Juni und August, Dezember, Mai, Februar und November, Oktober, März, April und September. Der **Januar** hat also fast stets die **höchste Frequenz**, dann folgen **Juli, Juni** und **August**. Wollen wir für diese Erscheinung eine Erklärung suchen, kann man sie für den Januar vielleicht darin sehen, daſs die Weihnachts- und Neujahrsferien sicherlich zahlreiche Gelegenheit zum Geschlechtsverkehre und damit zur Ansteckung bieten. Dazu kommt, däſs viele Leute im Winter arbeitslos sind und sich dann eher entschlieſsen, wegen ihrer Geschlechtskrankheit das Hospital aufzusuchen. Für die Monate Juli und August trifft dies natürlich nicht zu. Hier erklärt sich die erhöhte Frequenz aus dem durch die Jahreszeit bedingten freieren Verkehr zwischen den Geschlechtern.

Von den einzelnen Geschlechtskrankheiten ist der Tripper die häufigste. Im Jahre 1903 waren 351,
1904 „ 369,
1905 „ 377,
1906 „ 343,
1907 „ 328,
1908 „ 369,
1909 „ 423,
1910 „ 403

Männer mit Tripper behaftet. Prozentual nimmt allerdings seine Häufigkeit bis 1907 ab, steigt wieder an und fällt 1910, wie die folgenden Zahlen zeigen. Die Zahl der Tripperkranken im Jahre
1903 betrug 51,31%,
1904 „ 46,92%,
1905 „ 47,12%,
1906 „ 45,13%,
1907 „ 41,46%,
1908 „ 43,51%,
1909 „ 53,28%,
1910 „ 47,02%,

aller Geschlechtskranken. Der Tripper war:
1903 in 67,44%,
1904 „ 64,17%,
1905 „ 63,19%,
1906 „ 57,69%,
1907 „ 61,34%,
1908 „ 54,66%,
1909 „ 58,50%,
1910 „ 55,15%

der Fälle unkompliziert. Sonst lag eine oder mehrere der oben angeführten Komplikationen vor. Am häufigsten war die Nebenhodenentzündung, dann folgte Cavernitis und Prostatitis und schließlich die Gelenkentzündung.

Die nächsthäufigste Krankheit ist die Syphilis. Ihre Frequenz steigt bis 1906, sinkt dann und wird 1910 wieder größer. Im Jahre
1903 waren 171 (140 exklusive Rezidive),
1904 „ 206 (175 „ „),
1905 „ 213 (182 „ „),
1906 „ 238 (204 „ „),
1907 „ 224 (180 „ „),
1908 „ 213 (169 „ „),
1909 „ 208 (166 „ „),
1910 „ 327 (267 „ „)

Syphiliskranke in Behandlung. Im Verhältnis zu den anderen Krankheiten wird sie im allgemeinen häufiger.

1903	waren	25,00%	(bzw. 22,97%	exkl. Rezidive),
1904	„	26,20%	(„ 23,17%	„ „),
1905	„	26,62%	(„ 23,79%	„ „),
1906	„	31,31%	(„ 28,23%	„ „),
1907	„	28,31%	(„ 24,09%	„ „),
1908	„	25,11%	(„ 21,01%	„ „),
1909	„	26,19%	(„ 22,07%	„ „),
1910	„	38,18%	(„ 33,50%	„ „)

aller Geschlechtskranken syphiliskrank.

Der große Sprung von 1909 auf 1910 ist mit dem Andrange, den die Einführung des EHRLICHschen Mittels hervorrief, zu erklären, da fast jeder Syphilitiker damit behandelt sein wollte und wir dieses Verfahren nur bei stationären Kranken zur Anwendung gebracht haben.

Von den einzelnen Stadien dieser Krankheit ist das sekundäre bei weitem am häufigsten vertreten. Die Zahl der Sekundärsyphilitiker beträgt stets die Hälfte oder mehr aller Syphiliskranken. Forscht man nach, in welchem Monate am häufigsten die rezente Syphilis, also Primäraffekt und initiale Erscheinungen der Sekundärperiode vorkommen, so finden wir die größte Frequenz in den Monaten Februar, Juli und Oktober, also ungefähr der Zeit entsprechend, in welcher überhaupt die meisten Geschlechtskrankheiten vorkommen.

Der weiche Schanker nimmt den letzten Rang in der Frequenz der venerischen Krankheiten ein. Seine Frequenz im Jahre

1903	betrug	119	(17,39%	aller Geschlechtskrankheiten),
1904	„	162	(20,73%	„ „),
1905	„	136	(17,00%	„ „),
1906	„	112	(14,80%	„ „),
1907	„	175	(22,12%	„ „),
1908	„	223	(26,29%	„ „),
1909	„	117	(14,73%	„ „),
1910	„	191	(10,61%	„ „).

Man sieht also ein ganz unregelmäßiges Schwanken in seiner Häufigkeit; allerdings scheint er in den letzten Jahren im Verhältnis zu den anderen Geschlechtskrankheiten etwas seltener zu werden. Diese Affektion war sehr häufig mit Vereiterung der Leistendrüsen kompliziert, und zwar trat diese

1903	in	44,20%,
1904	„	50,83%,
1905	„	37,77%,
1906	„	34,59%,

1907 in 63,50%,
1908 „ 58,00%,
1909 „ 52,23%,
1910 „ 60,00%

der Fälle ein.

Die übrigen Fälle verteilen sich auf die Koinzidenz der drei Geschlechtskrankheiten. Am häufigsten ist die Verbindung von Syphilis mit Tripper, dann die von weichem Schanker mit Tripper, schliefslich die von Syphilis mit weichem Schanker. Das Zusammenvorkommen aller drei Krankheiten ist dagegen selten und in den acht Jahren nur achtmal beobachtet worden.

Was das Alter der aufgenommenen Kranken betrifft, so sehen wir, dafs die meisten 21 bis 25 Jahre alt waren, es waren stets 34—40% aller Kranken. Die nächstgröfste Zahl stellten die 15—20jährigen mit 21 bis 29%, dann kamen die im Alter von 26—30 Jahren mit 18—25%, dann fällt die Zahl der Kranken rasch, 31—40 Jahre alte Patienten betrugen durchschnittlich etwas mehr als die Hälfte der vorhergehenden. Die Zahl der zwischen 41 und 50 Jahre stehenden ist schon sehr gering, sie schwankt zwischen 17 und 37; zwischen 51 und 60 Jahre sind nur noch 2—11 vorhanden und älter als 60 Jahre sind in den acht Jahren nur 23 gewesen.

Dem Berufe nach gehören die meisten Patienten zur Klasse der Handwerker und Professionisten, die ungefähr 1/3—1/2 aller Kranken ausmachen, und zwar ist die Zahl näher an 1/2 als an 1/3. Nicht mitgerechnet sind dabei die Fleischer, Bäcker und Köche, die mit jährlich etwa 50 Mann ein ganz beträchtliches Kontingent stellen, ebenso die Friseure, die einen Jahresdurchschnitt von 14 Geschlechtskranken aufweisen. Die nächsthöchste Zahl der Patienten haben die Arbeiter, die 1/5—1/4 aller Kranken ausmachen; dabei sind nicht mitgerechnet die Markthelfer mit einem Jahresdurchschnitt von etwa 40 und die Diener und Boten mit etwa 25 Kranken jährlich. Nicht unerheblich ist auch die Zahl der Kutscher und Schiffer, von denen etwa 34 im Jahre in Behandlung kommen. Zu erwähnen ist auch die grofse Zahl der geschlechtskranken Kellner; in den acht Jahren sind 405, also ungefähr 50 jährlich behandelt worden. Von den gebildeten Ständen kommen zuerst die Kaufleute mit jährlich ungefähr 78, dann Beamte und Lehrer mit 18, und Studenten mit 16 Kranken. Der kleine Rest verteilt sich auf Gärtner (6 jährlich), Schreiber (5), Schauspieler (6) und Krankenpfleger und Private.

Die jetzt folgenden Tabellen mögen einen kurzen Überblick über die in der Klinik behandelten geschlechtskranken Kinder geben. Es waren in Behandlung wegen:

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Syphilis congenita	6	2	4	—	1	2	5	4
Syphilis acquisita	1	2	—	—	—	—	—	2
Gonorrhoe	4	1	4	8	1	3	3	10
Summa	11	5	8	8	2	5	8	16

Dem Geschlechte nach waren:

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Knaben	4	1	3	—	—	1	3	4
Mädchen	7	4	5	8	2	4	5	12

Dem Alter nach waren:

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Jünger als 1 Monat	1	—	1	—	—	—	1	1
2—3 Monate	4	1	2	—	—	—	2	—
4 Monate bis 1 Jahr	1	—	—	—	1	1	1	—
2 bis 5 Jahre	4	1	2	3	—	1	1	7
6 „ 10 „	—	1	2	3	—	2	4	5
11 „ 15 „	1	2	1	2	1	1	—	3

Es sind also in den besprochenen acht Jahren 63 geschlechtskranke Kinder in Behandlung gewesen. Mehr als die Hälfte davon (34) litten an Gonorrhoe. Es waren dies fast durchwegs Mädchen, sehr oft mehrere Geschwister, die an Vulvo-Vaginitis gonorrhoica erkrankt waren. 24 Kinder litten an Erbsyphilis und 5 an akquirierter Syphilis (Syphilis insontium). Dem Geschlechte nach waren, wie schon aus Vorigem hervorgeht, die meisten weiblich (47 : 16).

Dem Alter nach gehörten die meisten (19) dem zweiten bis fünften Lebensjahre an, dann kommen die im sechsten bis zehnten Jahre stehenden (17) und die bis fünfzehn Jahre alten (11). Neun Kinder standen im Alter von einem Vierteljahr bis zu einem Jahre, 3 von einem Monat bis zu einem Vierteljahr und 4 waren jünger als einen Monat.

Die folgenden Tabellen bringen die Krankenbewegung bei den geschlechtskranken **Frauen**. Es waren erkrankt im Jahre 1903:

	Tripper	Erkrankung der BARTHOLINischen Drüse	Spitze Kondylome	Weicher Schanker	Bubo	Syphilis	Herpes gen.	Krätze (nur Prostit.)	Andere Erkrankungen (nur bei Prostit.)	Summa
Januar	6	4	1	7	1	15	—	1	2	37
Februar	8	2	2	10	2	20	1	2	—	47
März	5	2	4	3	1	20	—	—	1	36
April	8	2	3	6	1	24	—	1	2	47
Mai	8	1	—	8	3	17	—	2	1	40
Juni	4	1	3	4	1	28	—	—	1	42
Juli	3	—	—	7	—	25	1	—	—	36
August	7	2	—	4	—	29	—	—	—	42
September	6	2	4	5	—	23	—	—	—	40
Oktober	8	—	1	8	—	28	1	1	—	47
November	6	—	4	5	1	25	1	—	—	42
Dezember	5	2	1	3	—	33	—	—	—	44
Summa	74	18	23	70	10	287	4	7	7	500

Es waren erkrankt im Jahre 1904:

	Tripper	Erkrankung der BARTHOLINischen Drüse	Spitze Kondylome	Weicher Schanker	Bubo	Syphilis	Herpes gen.	Krätze (nur Prostit.)	Andere Erkrankungen (nur bei Prostit.)	Summa
Januar	5	2	—	5	1	24	—	—	—	37
Februar	5	2	2	5	2	37	—	1	1	55
März	6	1	2	6	1	30	—	2	1	49
April	6	1	2	7	2	25	2	—	—	45
Mai	15	2	2	6	1	15	1	1	2	45
Juni	7	2	1	9	—	24	—	3	—	46
Juli	6	—	1	7	2	24	2	1	—	43
August	12	—	1	5	2	24	—	—	1	45
September	8	—	1	4	4	22	—	1	1	41
Oktober	4	1	1	5	—	17	—	—	1	29
November	12	2	1	5	3	26	—	2	—	51
Dezember	6	—	2	3	2	23	—	1	—	37
Summa	92	13	16	67	20	291	5	12	7	523

Es waren erkrankt im Jahre 1905:

	Tripper	Erkrankung der BARTHOLINIschen Drüse	Spitze Kondylome	Weicher Schanker	Bubo	Syphilis	Herpes gen.	Krätze (nur Prostit.)	Andere Erkrankungen (nur bei Prostit.)	Summa
Januar......	7	1	—	2	—	22	2	1	—	35
Februar.....	4	—	4	3	—	27	—	3	—	41
März	11	—	2	6	1	25	—	6	2	53
April	3	—	2	8	3	23	—	5	3	47
Mai	3	—	3	1	—	41	—	4	1	53
Juni........	5	1	—	6	1	13	—	1	2	29
Juli	16	—	5	5	—	21	—	1	—	48
August	8	2	3	4	—	26	—	—	1	44
September ..	7	1	2	4	2	29	—	1	1	47
Oktober.....	3	2	4	8	1	25	—	2	3	48
November...	3	—	1	6	1	25	—	—	1	37
Dezember ...	6	1	2	5	2	33	—	2	3	54
Summa	76	8	28	58	11	310	2	26	17	536

Es waren erkrankt im Jahre 1906:

	Tripper	Erkrankung der BARTHOLINIschen Drüse	Spitze Kondylome	Weicher Schanker	Bubo	Syphilis	Herpes gen.	Krätze (nur Prostit.)	Andere Erkrankungen (nur bei Prostit.)	Summa
Januar......	9	—	2	8	—	26	—	5	2	52
Februar.....	10	1	—	11	1	30	—	4	1	58
März	12	1	1	3	3	26	1	1	3	51
April	5	3	4	4	1	35	—	2	—	54
Mai	4	2	4	4	1	27	—	3	1	46
Juni........	8	—	2	2	—	25	2	—	2	41
Juli	8	4	2	6	1	28	—	1	1	51
August	12	—	—	5	2	30	—	1	—	50
September ..	8	—	—	6	2	26	—	1	1	44
Oktober.....	10	—	3	6	—	29	—	3	1	52
November...	10	1	1	3	2	18	—	3	1	39
Dezember ...	8	1	1	7	1	18	1	2	1	40
Summa	104	13	20	65	14	318	4	26	14	578

Es waren erkrankt im Jahre 1907:

	Tripper	Erkrankung der BARTHOLINIschen Drüse	Spitze Kondylome	Weicher Schanker	Bubo	Syphilis	Herpes gen.	Krätze (nur Prostit.)	Andere Erkrankungen (nur bei Prostit.)	Summa
Januar......	4	1	1	2	1	45	—	4	2	60
Februar.....	5	—	3	2	—	27	—	5	1	43
März	19	2	3	2	—	33	1	2	—	62
April	4	—	2	7	—	22	—	3	4	42
Mai	5	—	1	5	2	20	—	4	1	38
Juni........	12	2	2	3	2	21	1	2	—	45
Juli	10	—	—	1	3	19	—	—	—	33
August	15	2	1	7	2	12	1	1	3	44
September ..	10	1	1	3	1	28	3	2	1	50
Oktober.....	6	1	1	6	—	30	2	2	1	49
November...	24	2	—	9	1	33	—	1	1	71
Dezember ...	6	1	—	2	—	19	—	—	1	29
Summa	120	12	15	49	12	309	8	26	15	566

Es waren erkrankt im Jahre 1908:

	Tripper	Erkrankung der BARTHOLINIschen Drüse	Spitze Kondylome	Weicher Schanker	Bubo	Syphilis	Herpes gen.	Krätze (nur Prostit.)	Andere Erkrankungen (nur bei Prostit.)	Summa
Januar......	13	5	3	3	1	32	1	2	3	63
Februar.....	19	1	3	5	1	26	—	8	1	64
März	12	1	1	11	3	19	1	2	1	51
April	11	5	1	7	1	15	—	1	1	42
Mai	12	2	3	10	2	28	—	2	4	63
Juni........	3	—	—	13	4	16	—	—	1	37
Juli	7	2	—	5	—	27	—	1	1	43
August	8	—	2	5	1	18	1	1	3	39
September ..	8	1	1	4	1	32	2	2	—	51
Oktober	10	4	2	7	1	24	—	1	3	52
November...	12	3	1	4	2	27	—	1	2	52
Dezember ...	5	2	3	3	1	16	1	1	5	37
Summa	120	26	20	77	18	280	6	22	25	394

Es waren erkrankt im Jahre 1909:

	Tripper	Erkrankung der Bartholinischen Drüse	Spitze Kondylome	Weicher Schanker	Bubo	Syphilis	Herpes gen.	Krätze (nur Prostit.)	Andere Erkrankungen (nur bei Prostit.)	Summa
Januar	5	3	1	1	—	26	—	8	3	47
Februar	7	2	1	2	1	30	—	2	5	50
März	10	3	4	2	1	26	2	4	2	54
April	8	—	—	3	1	23	1	2	—	38
Mai	9	4	1	3	1	25	1	2	3	49
Juni	11	2	2	6	1	23	—	2	3	50
Juli	12	4	—	4	3	25	—	5	1	54
August	12	—	1	6	—	20	1	2	1	43
September	10	2	2	6	1	30	1	2	—	54
Oktober	12	—	1	2	—	19	1	4	1	40
November	6	2	2	5	—	19	—	2	5	41
Dezember	5	1	1	5	2	16	—	3	—	33
Summa	107	23	16	45	11	282	7	38	24	553

Es waren erkrankt im Jahre 1910:

	Tripper	Erkrankung der Bartholinischen Drüse	Spitze Kondylome	Weicher Schanker	Bubo	Syphilis	Herpes gen.	Krätze (nur Prostit.)	Andere Erkrankungen (nur bei Prostit.)	Summa
Januar	14	4	7	5	2	28	1	5	1	67
Februar	12	3	1	5	—	46	1	3	3	74
März	14	—	3	1	—	29	1	2	4	54
April	18	2	2	3	—	30	—	4	—	59
Mai	15	—	2	2	1	34	—	5	2	61
Juni	11	2	—	4	—	24	—	—	1	42
Juli	20	—	3	1	—	38	—	—	1	63
August	21	2	5	1	—	40	—	2	—	71
September	30	1	—	3	—	35	—	—	1	70
Oktober	38	2	1	4	2	32	—	2	—	81
November	28	3	2	2	—	37	—	2	3	77
Dezember	17	3	—	4	—	29	—	2	3	58
Summa	238	22	26	35	5	402	3	27	19	777

Dem Alter nach verteilen sich die Patientinnen wie folgt:

	Bis 20 Jahre	21—30 Jahre	31—40 Jahre	41—50 Jahre	Über 50 Jahre
1903	155	256	22	12	2
1904	163	271	21	15	6
1905	144	315	29	9	2
1906	200	291	44	8	5
1907	195	283	29	17	3
1908	199	283	33	15	1
1909	148	321	24	11	5
1910	216	422	56	18	16
Summa	1420	2442	258	105	40

Dem Berufe nach waren die Kranken:

	Prostituierte	Arbeiterin	Dienstbote	Kellnerin	Ehefrau	Näherin	Verkäuferin	Wirtschafterin	Kontoristin	Köchin	Plätterin	Wäscherin	Ohne Beruf	Anderer Beruf
1903	230	94	49	28	11	12	5	1	3	4	—	3	6	4
1904	231	95	65	24	18	12	9	5	2	5	1	—	1	8
1905	281	83	63	23	10	9	6	9	1	6	2	—	1	5
1906	287	114	48	28	15	9	10	11	4	6	5	1	1	9
1907	235	118	90	25	15	15	9	4	4	2	1	2	3	4
1908	200	150	95	31	14	12	11	1	3	1	3	2	—	8
1909	205	127	86	33	16	6	8	4	15	2	1	—	2	4
1910	365	142	103	32	19	16	16	6	7	6	4	3	3	6

Die Summe der in den berücksichtigten Jahren behandelten Frauen beträgt 4627. Wenn man die nicht eigentlich als Geschlechtskrankheiten zu bezeichnenden Erkrankungen, wie Herpes genitalis und dergleichen wegläſst, verbleibt die Zahl 4112, das entspricht also einem Jahresdurchschnitt von 514 Patientinnen, der bedeutend hinter dem der Männer zurückbleibt. Er ist aber andererseits gröſser als in dem von Einhaus bearbeiteten Zeitraume von 1897 bis 1902. In dieser Epoche kamen nämlich 1846 Weiber zur Behandlung, was einem Jahresdurchschnitte von etwa 308 Kranken entspricht. Die 1846 Frauen verteilen sich wie folgt:

1897 waren 348,
1898 „ 316,
1899 „ 282,
1900 „ 281,
1901 „ 287,
1902 „ 332

geschlechtskranke Frauen in Behandlung. Es läſst sich auch hierbei zeigen, daſs 1897 bis 1902 ein unregelmäſsiges Schwanken der Frequenz herrschte, während von 1903 ab ein allmähliches Ansteigen erfolgt. Sie steigt bis 1906, schwankt in den drei folgenden Jahren, um 1910 stark emporzuschnellen. Die Reihenfolge ist die nachstehende:

1903 mit 500,
1904 „ 523,
1905 „ 536,
1906 „ 578,
1907 „ 566,
1908 „ 594,
1909 „ 553,
1910 „ 777

Kranken. Der starke Anstieg 1910 ist ebenfalls auf die Einführung des Salvarsan zurückzuführen. Im Verhältnis zu den anderen im Krankenhaus zu St. Jakob aufgenommenen Frauen nimmt die Zahl der Geschlechtskranken bis 1909 mit Ausnahme einer kleinen Steigerung 1906 ständig ab. Im Jahre

1903 waren 13,33%,
1904 „ 12,85%,
1905 „ 12,28%,
1906 „ 12,70%,
1907 „ 12,21%,
1908 „ 11,94%,
1909 „ 9,87%,
1910 „ 13,05%

aller aufgenommenen Frauen geschlechtskrank.

Die folgende Tabelle zeigt wieder die Reihenfolge der einzelnen Monate nach ihrer Frequenz:

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Januar	5	8	8	3	3	2	4	6
Februar	1	1	6	1	8	1	2	3
März	6	3	2	4	2	4	1	11
April	1	5	4	2	9	6	8	9
Mai	4	5	2	6	10	2	3	8
Juni	3	4	9	8	6	8	2	12
Juli	6	6	3	4	11	5	1	7
August	3	5	5	5	7	7	5	4
September	4	7	4	7	4	4	1	5
Oktober	1	9	3	3	5	3	7	1
November	3	2	7	10	1	3	6	2
Dezember	2	8	1	9	12	8	9	10

Es ergibt sich daraus etwa folgende Reihe: Februar, März, Mai und November, Oktober, September, August, Juli, Januar, Juni und Dezember. Man sieht, dafs diese Aufeinanderfolge gänzlich anders ist wie bei den Männern. Nur die häufig wiederkehrende Höchstfrequenz im Februar dürfte der im Januar bei den Männern entsprechen und mit denselben Gründen zu erklären sein. Es kommen eben, wie leicht begreiflich, die Geschlechtskrankheiten den Frauen meist später zur Wahrnehmung wie den Männern und es kommen daher die zu Weihnachten und Neujahr Infizierten frühestens erst im Februar in die Klinik.

Von den 4112 geschlechtskranken Frauen kommen 2479 auf Syphilis, 1066 auf Tripper und 577 auf weichen Schanker.

Anders wie bei den Männern ist bei den Frauen die Syphilis die häufigste Krankheit. Dies mag damit zu erklären sein, dafs die Prostituierten zwangsweise der Behandlung zugeführt werden und daher viel mehr Syphilisfälle zur Beobachtung kommen. Von den syphilitischen Männern läfst sich aber eine immerhin nicht geringe Zahl ambulant behandeln. Die Zahl der Syphiliskranken steigt allmählich bis 1906, sinkt dann wieder etwas, um 1910 auf die Höchstzahl 402 emporzuschnellen. Die Zahl der syphilitischen Frauen im Jahre

1903 betrug 287,
1904 „ 291,
1905 „ 310,
1906 „ 318,
1907 „ 309,
1908 „ 280,
1909 „ 282,
1910 „ 402.

Das Verhältnis zu den anderen Geschlechtskranken war schwankend. Im Jahre

1903 waren 63,39%,
1904 „ 60,24%,
1905 „ 66,95%,
1906 „ 61,86%,
1907 „ 61,43%,
1908 „ 53,74%,
1909 „ 60,25%,
1910 „ 57,25%

aller geschlechtskranken Frauen syphilitisch.

Die bei weitem häufigsten Erkrankungen an Syphilis betreffen das sekundäre Stadium. Primäre Syphilis allein und tertiäre Syphilis werden hier bei Frauen relativ selten beobachtet und sind daher in der Statistik nicht besonders angeführt.

Die nächsthäufige Krankheit ist der Tripper. Im Jahre

1903	waren	92	(20,04% aller Geschlechtskranken),
1904	„	105	(21,73% „ „),
1905	„	84	(18,14% „ „),
1906	„	117	(22,74% „ „),
1907	„	132	(26,29% „ „),
1908	„	146	(28,02% „ „),
1909	„	130	(27,77% „ „),
1910	„	260	(37,03% „ „)

Frauen tripperkrank. Man sieht also, daſs von 1906 ab sowohl absolut wie auch im Verhältnis zu den übrigen Geschlechtskrankheiten der Tripper an Häufigkeit zunimmt. Im Jahre

1903	waren	80,43%,
1904	„	87,61%,
1905	„	90,47%,
1906	„	88,88%,
1907	„	90,90%,
1908	„	82,19%,
1909	„	82,30%,
1910	„	91,53%

der Tripperfälle unkompliziert. Der Rest war mit einer Erkrankung der BARTHOLINIschen Drüsen verbunden.

Die letzte Stelle bezüglich Frequenz nimmt wie bei den Männern der weiche Schanker ein. Im Jahre

1903	waren	80	(17,42% der übrigen Geschlechtskrankheiten),
1904	„	87	(18,01% „ „ „),
1905	„	69	(14,90% „ „ „),
1906	„	79	(15,36% „ „ „),
1907	„	61	(12,15% „ „ „),
1908	„	95	(18,23% „ „ „),
1909	„	56	(11,96% „ „ „),
1910	„	40	(5,96% „ „ „)

Frauen mit diesem Leiden behaftet.

Der Prozentsatz der Fälle, die mit Leistendrüsenvereiterung kompliziert waren, ist sehr wechselnd, und zwar im Jahre

1903	betrug	er	14,28%,
1904	„	„	29,85%,
1905	„	„	18,96%,
1906	„	„	21,53%,
1907	„	„	24,48%,
1908	„	„	23,37%,
1909	„	„	24,44%,
1910	„	„	14,28%.

Der kleine restliche Bruchteil verteilt sich auf Herpes genitalis mit etwa 5 pro Jahr, Krätze (23) und anderweitige Hauterkrankungen (16).

Dem Alter nach stehen an erster Stelle die Kranken von 21 bis 30 Jahren, die ungefähr die Hälfte aller Patientinnen ausmachen. Nach diesen kommen die im Alter bis zu 20 Jahren stehenden, die etwa ein Drittel aller Kranken sind, von 30 Jahren aufwärts sinkt die Zahl der Patientinnen rasch. Zwischen 31 und 40 Jahren standen nur etwa ein Zwanzigstel, zwischen 41 und 50 Jahren etwa ein Vierzigstel der Kranken; über 50 Jahre waren nur wenige, im ganzen 40, also 5 im Jahre.

Sehen wir nach, welchem Beruf die geschlechtskranken Frauen angehören, so finden wir, dafs die meisten Prostituierte sind. Fast 50% aller Kranken stehen unter Kontrolle; diese hohe Ziffer ist begreiflich; nicht etwa, dafs die Geschlechtskrankheiten in dieser kolossalen Überzahl unter den Prostituierten grassieren würden, sondern der Grund liegt darin, dafs die Kontrollmädchen gezwungen werden, ins Krankenhaus zu gehen. Von den übrigen geschlechtskranken Frauen kommt nur ein geringer Teil in klinische Behandlung, einerseits vielleicht aus falscher Scham, andererseits weil Geschlechtskrankheiten bei Frauen viel häufiger übersehen werden als bei Männern. Die nächsthöchste Zahl stellen die Arbeiterinnen mit 923, also etwa 115 pro Jahr oder etwa ein Fünftel bis ein Viertel aller Kranken, und zwar ist die Zahl näher an ein Fünftel; dann kommen Dienstboten mit 599, also ein Siebentel aller Kranken. Kellnerinnen stehen an vierter Stelle mit 224, also ein Zwanzigstel der Gesamtsumme. Verhältnismäfsig grofs ist die Zahl der verheirateten Frauen. Es waren in den acht Jahren 118 in Behandlung, d. i. 13 bis 14 pro Jahr oder $^1/_{36}$ aller Kranken. Die übrigen Berufe liefern nur ein kleines Kontingent:

Näherinnen etwa	11—12	jährlich
Verkäuferinnen	9—10	„
Wirtschafterinnen und Kontoristinnen	5	„
Köchinnen	4	„
Plätterinnen und Wäscherinnen	3— 4	„
verschiedene andere Berufe	6	„
und ohne Beruf	2— 3	„

Von den eben besprochenen Kranken waren:

einmal	aufgenommen	537,
zweimal	„	149,
dreimal	„	67,
viermal	„	28,
fünfmal	„	17,
sechsmal	„	13,
siebenmal	„	12,
achtmal	„	10,
neunmal	„	1.

Wie schon in der Einleitung hervorgehoben, hängen dieser Statistik wie jeder anderen zahlreiche Mängel an. Nicht nur, dafs nicht alle Geschlechtskranken in klinische Behandlung kommen, sondern es werden auch zahlreiche in andere Kliniken gelegt. Besonders gilt dies von der Syphilis: Kranke mit Syphilis der inneren Organe und des Nervensystems werden in der medizinischen und psychiatrischen Klinik behandelt, Knochenerkrankungen kommen häufig in die chirurgische Klinik, Iritiden und andere Augenleiden in die Augenklinik usw., ganz abgesehen von Leiden, deren syphilitische Natur nicht erkannt wird, wie Gelenksyphilis, die monatelang als chronischer Rheumatismus behandelt wird, Myositiden, die als Hexenschufs gehen usw. Auch ein grofser Teil der Tripperkranken, nämlich die mit Adnexerkrankungen behafteten, kommen nicht in die dermatologische Klinik; so ist leicht einzusehen, dafs die angeführten Zahlen nicht alle sexuell Infizierten enthalten sondern, dafs deren Zahl viel höher einzuschätzen ist. Dennoch mag es nicht ohne Interesse sein, die Bewegung der Geschlechtskranken an der einzigen Universitätsklinik des Königreiches Sachsen in übersichtlicher Weise zusammengestellt zu finden. Schliefslich ist und bleibt die Statistik die einzige Handhabe, vermöge welcher wir die zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten notwendigen Mafsregeln lernen und ihre Wirksamkeit beurteilen können.

Fachzeitschriften.

Folia urologica.

Bd. VI. Nr. 1. Mai 1911.

1. **Vergleichende Bewertung der Nephrotomie und Nephrektomie in infizierten Fällen schwerer Lithiasis,** von Rafin-Lyon. Die Resultate der Nephrektomie sind besser, der Eingriff selbst ungefährlicher, darum stets vorzunehmen, wenn nicht der Zustand der anderen Niere Wegnahme der einen verbietet. Die Resultate von 29 Operationen.

2. **Kysto-Urethroskopie.** Eine Studie der normalen und pathologischen hinteren Harnröhre, von Leo Buerger-New York. Verfasser hat sein (schon früher beschriebenes) Kombinationsinstrument an nunmehr 300 Fällen ausprobiert und kann nur wiederholen, dafs dasselbe ganz entschiedene Vorzüge besitzt, sowohl hinsichtlich der Leichtigkeit der Handhabung als auch der Genauigkeit der damit erzielten Bilder. Er gibt eingehende Beschreibungen und zahlreiche Abbildungen von den normalen und pathologischen Verhältnissen in der hinteren Harnröhre und am Blasenhals. Die zahlreichen Abbildungen (7 im Text und 35 gute Reproduktionen auf 6 Tafeln) geben eine gute Vorstellung des Gesagten, sind aber grofsenteils recht schematisch gehalten.

3. **Gemischter Tumor der Niere mit Osteoblastom-Einlagerung,** von E. Brugnatelli-Rom. *W. Lehmann-Stettin.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1911. Band I, Heft 1.

1. Periprostatische Aponeurosen und Räume. Periprostatische Eiterungen, von AVERSENQ- u. DIEULAFÉ-Toulouse. Aufserhalb der eigentlichen Prostatakapsel finden sich rings um die Prostata aufsen an der Spitze und an der Basis verschiedene Aponeurosen, die von den Verfassern als „periprostatische Aponeurosen" bezeichnet werden. Oberhalb der Prostata liegt die vordere periprostatische Aponeurose, die von der Vorderfläche der Harnblase zur hinteren Fläche des Schambeins zieht, an beiden Seiten mit der Aponeurose des Levator ani in Verbindung steht und hinten das Ende der Fascia praevesicalis in sich aufnimmt; von der Prostata ist sie durch den vorderen periprostatischen Raum getrennt, der die Muskelfasern des quergestreiften Sphinkters und die zahlreichen Venen des Plexus prostaticus (SANTORINI) enthält. Die seitlichen periprostatischen Aponeurosen bilden die Fortsetzung der oberen Aponeurose des Levator ani; sie erstrecken sich nach oben gegen die Prostata und die Blase und schliefsen die seitlichen periprostatischen Räume ab, die vom Zellgewebe und zahlreichen Venen erfüllt sind. Die hintere periprostatische Aponeurose bedeckt die hintere Fläche der Prostata und der Samenblasen; sie inseriert oben an dem subperitonalen Gewebe des vesiko-rektalen Raumes, unten an der Muskelscheide der Pars membranacea der Harnröhre unmittelbar unterhalb der Prostataspitze. Seitlich vereinigt sie sich mit einem Blatt der Aponeurose des Levator ani und oberhalb einer grofsen, am hinteren seitlichen Prostatawinkel gelegenen, von gefäfsreichem Zellgewebe umgebenen Vene mit dem seitlichen Ende der Fascie des Rectums und geht nach dieser Vereinigung am unteren seitlichen ebenen Winkel der Prostata in die seitliche periprostatische Aponeurose über. Die Vorderfläche der hinteren periprostatischen Aponeurose liegt unter normalen Verhältnissen der Prostata dicht an, läfst sich aber schon durch einen ganz geringen Zug von ihr abheben, so dafs der zwischen hinterer periprostatischer Aponeurose und Prostata befindliche hintere periprostatische Raum zu einem wirklichen Hohlraum wird. Mit den Samenblasen ist die hintere periprostatische Aponeurose dagegen fest verwachsen. Von ihrer äufseren Fläche gehen die Bindegewebszüge nach allen Seiten, besonders auch nach der Vorderfläche des Rectums. — Die Gesamtheit der von den periprostatischen Aponeurosen abgegrenzten periprostatischen Räume bildet die „Prostatakammer"; nach aufsen von dieser Kammer und den periprostatischen Aponeurosen liegt vorne der RETZIUSsche, seitlich der obere pelvio-rektale, hinten der perirektale Raum. Durch Injektion gefärbter Gelatine haben die Verfasser an Leichen experimentell festgestellt, dafs und auf welchem Wege sich diese verschiedenen peri- und extraprostatischen Räume füllen lassen.

Bei der Prostatainfektion unterscheiden die Verfasser mit den anderen Autoren drei Stadien: die follikuläre Prostatitis, die parenchymatöse Prostatitis mit den miliären Abscessen und die aus der Vereinigung kleiner Abscesse hervorgehenden grofsen lobären Abscesse, die zur Bildung von Prostatakavernen führen können. Sehr häufig sind die subkapsulären Abscesse, die auch experimentell erzeugt werden konnten; die Verfasser betrachten diese subkapsulären Abscesse als notwendiges Stadium der GUYONschen „Phlegmone durch Diffusion". Die Ausbreitung der prostatischen Abscesse au. die umgebenden Gewebe geschieht, wie GUYON und LEGOND gezeigt haben, entweder mittels Fortpflanzung (durch Zellgewebe, Venen oder Lymphgefäfse) oder mittels Diffusion, wenn der in der Prostata angesammelte Eiter plötzlich durchbricht. Für die Einteilung der eitrigen Entzündungen in der Umgebung der Prostata dürfen lediglich die anatomischen Verhältnisse mafsgebend sein; es sind diesen zufolge zu unterscheiden die periprostatischen Abscesse, d. h. die Abscesse der periprostatischen Räume, die extra-

prostatischen Phlegmonen, das sind die Phlegmonen der extraprostatischen Räume, und endlich die diffusen Phlegmonen, die entstehen, wenn der Eiter in irgendeiner Richtung über die extraprostatischen Räume hinausdringt. Die verschiedenen Formen der periprostatischen Abscesse sind: die selten vorkommenden vorderen periprostatischen Abscesse, die seitlichen periprostatischen Abscesse und die hinteren periprostatischen Abscesse. Der hintere periprostatische Raum teilt sich in zwei Regionen, die retroprostatische und die retrovesikale Region; demzufolge sind die hinteren periprostatischen Abscesse entweder retroprostatisch oder retrovesikal, die retroprostatischen werden bei der Untersuchung nicht selten mit Prostatahypertrophie verwechselt. Unter den extraperiprostatischen Phlegmonen sind zu unterscheiden die seltenen vorderen extraprostatischen Phlegmonen (Eiterung des Retziusschen Raumes), die seitlichen (Eiterung des oberen pelvio-rektalen Raumes) und die hinteren, die prärektalen Phlegmonen, die von allen Eiterungen prostatischen Ursprungs die häufigsten zu sein scheinen. Bei weiterer Ausbreitung der Eiterung des Retziusschen Raumes entsteht die subabdominale Phlegmone, aus dem oberen pelvio-rektalen Raum kann die Entzündung sich seitlich weiter fortpflanzen und dann nach allen Richtungen, nach dem Leistenkanal, der vorderen Bauchwand, der Fossa iliaca, der Regio lumbalis und sacralis und der Fossa ischiorectalis weitergehen; aus den hinteren periprostatischen Abscessen kann sich die Eiterung nach hinten fortsetzen und dann subperitoneal nach oben oder seitlich weiterschreiten und zu peritonealen Entzündungen, zu wirklichen Pelvio-Peritonitiden führen. Die prärektalen Eiterungen brechen häufig in das Rectum durch, sie können sich aber rings um die Rektalwand ausbreiten und perineale oder ischiorektale Phlegmonen zur Folge haben.

Die hinteren periprostatischen, die prärektalen und die pelvio-rektalen Eiterungen, die weitaus die Mehrzahl der genannten Eiterungen bilden, lassen sich alle mit Sicherheit durch eine perineale Inzision eröffnen; die rektale Inzision ist in vielen Fällen unzureichend.

Für alle Arten der peri- und der extraprostatischen Eiterungen führen die Verfasser einzelne charakteristische Beispiele aus der Literatur oder aus ihren eigenen Erfahrungen an.

2. **Neues Modell eines undurchsichtigen Ureterenkatheters,** von François Fournier - Toulon. F. bedient sich, um die Ureteren auf dem Röntgenbild deutlich zu machen, an Stelle der von Albarran und anderen empfohlenen Sonde mit Metallmandrin, eines Seidenkatheters, dessen Gewebe mit Metallteilen durchsetzt ist; der Katheter, der natürlich auch Spülungen ermöglicht, ist für die Röntgenstrahlen vollständig undurchgängig; er wird von Eynard hergestellt.

Heft 2.

1. **Nierenoperationen und Schwangerschaft,** von Hartmann.

2. **Nierenoperationen und Schwangerschaft,** von Pousson. H. und P. weisen darauf hin, dafs nach zahlreichen Beobachtungen bei Frauen, bei denen früher eine Nierenoperation, im besonderen eine Nephrektomie vorgenommen worden ist, Schwangerschaft und Entbindung im allgemeinen durchaus normal verlaufen, wenn die zweite Niere vollständig intakt ist. Die Natur der Erkrankung, derentwegen die Operation gemacht worden ist, hat dabei keine besondere Bedeutung; doch darf nach Nephrektomie wegen Tuberkulose die Erlaubnis zur Heirat erst dann erteilt werden, wenn auch durch Impfung von Meerschweinchen festgestellt worden ist, dafs der Urin keine Tuberkelbazillen enthält. Eine bestehende Schwangerschaft wird, wie H. hervorhebt, durch eine Nephrektomie oder eine andere Nierenoperation nicht beeinflufst.

3. **Über die reflektorische Anuria calculosa,** von Henri Eliot. Zahlreiche von verschiedenen Autoren gemachte Beobachtungen, die einzeln angeführt werden, haben

nach E. mit Bestimmtheit ergeben, dafs bei Absperrung der einen Niere durch einen Stein auf reflektorischem Wege Anurie der anderen Niere hervorgerufen werden kann; allerdings war diese andere Niere in den meisten derartigen Fällen vorher schon nicht mehr ganz intakt. Auf welchem Wege der Reflex zustande kommt und wie er wirkt, ist zurzeit nicht mit Sicherheit zu sagen; ein Krampf der Vasokonstriktoren ist wahrscheinlich nicht die Ursache der Anurie, da die von dem Reflex betroffene Niere stets sehr blutreich ist. Nach SÜNER hat das Blut bei Urämie einen behindernden Einflufs auf die Nierensekretion; die Andauer der reflektorischen Anurie läfst sich daher vielleicht damit erklären, dafs frühzeitig eine anfänglich latent verlaufende urämische Intoxikation eintritt.

4. **Behandlung der chronischen Urethritiden mit Aspiration.** Vorläufige Mitteilung von BRONNER. BR. behandelt seit einiger Zeit chronische Urethritiden mit Aspiration. Er bedient sich dazu einer geraden hohlen Metallsonde, die fast in ihrer ganzen Ausdehnung von kleinen, dicht aneinander stehenden Löchern durchbohrt ist und sich in ihrem äufseren Teile in zwei Branchen — eine zur Aspiration, eine zur Spülung — teilt. Die Apiration wird entweder mittels eines Gummiballons oder, besser noch, mittels einer mit Manometer versehenen Wassertrommel vorgenommen; jede Sitzung dauert 10—15 Minuten, nach der Aspiration wird die Harnröhre ausgespült. Die Prozedur wird stets gut vertragen, Blutungen sind bisher nie aufgetreten. Die Erfolge erscheinen sehr ermutigend. die Spülung nach der Aspiration fördert stets neben Epithelien zahlreiche Leukocyten und häufig auch Eiterfäden, bei starker Verhornung der Schleimhaut aufserordentlich zahlreiche verhornte epitheliale Zellen zu Tage; in manchen Fällen hat die Aspiration eine deutliche Erweiterung des Harnröhrenlumens zur Folge. Bei vielen Patienten, die vorher lange Zeit hindurch mit verschiedenen Methoden — Spülungen, Instillationen, Dilatationen, Massagen — ohne Erfolg behandelt worden waren, führte die Aspiration zu einer merklichen Besserung. Die Wirkung des Verfahrens beruht nach BR.s Ansicht: 1. auf einer Art Kurettage der Urethra bei Verhornung der Schleimhaut und auf der Aspiration der Drüsensekrete, 2. auf Hyperämisierung der Schleimhant. — Die Instrumente werden von Löwenstein-Berlin hergestellt.

5. **Anuria calculosa bei einem Manne mit einer Niere, geheilt durch Katheterisierung des Ureters,** von ANDRÉ-Nancy.

Heft 3.

1. **Operative Behandlung der Uretersteine,** von FABRICANNTE-Kharkoff. Aus dem Russischen übersetzt von RIZAT. F. bespricht im Anschlufs an die Beschreibung eines einschlägigen Falles die Diagnose der Uretersteine und die verschiedenen Operationsmethoden; er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Uretersteine kommen zumeist nur neben Nierensteinen vor.

2. Bei Nierenkolik mufs aufser der Niere auch der Ureter in seinem ganzen Verlauf untersucht werden.

3. Das beste diagnostische Hilfsmittel zur Feststellung von Uretersteinen ist zweifellos die Röntgenphotographie; doch haben auch die Wahrnehmungen des Patienten und die Ergebnisse der klinischen Untersuchung diagnostischen Wert.

4. Am häufigsten sitzen die Uretersteine an einem der drei Punkte, an denen der Ureter normalerweise everengert ist: im Halse des Ureters, d. i. 1—3 cm unterhalb des Nieren beckens, oder da, wo der Ureter die Crista pectinea kreuzt, oder im Endteil des Ureters dicht oberhalb der Blase oder innerhalb der Blasenwand.

5. Aufserdem kann ein Stein an irgendeiner anderen Stelle im Ureter, da wo er sich gebildet hat, fixiert sein.

6. Die Extraktion eines Uretersteines geschieht am besten auf extraperitonealem Wege

7. Von allen vorgeschlagenen Schnittführungen ist die, welche den Ureter am weitesten freilegt, die beste; es ist das die transversale Inzision um die Crista ilei, parallel dem POUPARTschen Bande.

8. Bei Frauen kann man in besonders günstig gelagerten Fällen versuchen, den Stein per vaginam zu entfernen.

9. Wenn der Stein gefunden ist, darf der Ureter nicht vom Peritoneum losgelöst werden; man eröffnet ihn mit einem kleinen Schnitt.

10. Nach der Entfernung des Steins wird die in der Längsrichtung verlaufende Wunde des Ureters durch quer gestellte Nähte vereinigt; auf diese Weise läfst sich die Bildung einer Striktur verhüten. Auch die über dem Ureter liegenden Gewebe werden schichtweise vernäht, zum Schlufs wird ein bis zum Ureter reichendes Drainrohr eingelegt.

2. **Über einen einzig dastehenden Fall von kongenitaler Mifsbildung der Urethra, entdeckt mit dem Endoskop,** von J. CHADZYNSKI. CH. fand bei einem Patienten mit chronischer Urethritis und Prostatitis gelegentlich der endoskopischen Untersuchung in der Urethra einen wulstigen Schleimhautstrang, der einen lineären, spaltförmigen Recessus oder Divertikel bedeckte. Der Strang stand nur an beiden Enden mit der Harnröhrenschleimhaut in Zusammenhang, im übrigen war er vollständig frei; der Recessus, der etwa 13 mm tief war, war sicher nicht infiziert. Die Mifsbildung verhinderte die Einführung von Instrumenten nicht und verursachte auch keine subjektiven Erscheinungen; trotzdem entfernte CH. den Strang auf Wunsch des Patienten mit dem Galvanokauter.

3. **Verschlungene Bougies in der Urethra oder in der Harnblase,** von O. PASTEAU. Bei einem Manne mit multiplen, sehr engen blennorrhoischen Harnröhrenstrikturen war es unter grofser Mühe gelungen, ein filiformes Bougie einzuführen. Zurückziehen liefs sich jedoch das Bougie nicht mehr, es erschien in der Harnröhre fest fixiert; die Palpation ergab, dafs sich in der Höhe des Perineums ein Knoten im Bougie gebildet hatte. Die Urinentleerung war vollständig unmöglich. Eine Urethrotomia interna brachte Hilfe. — Derartige Beobachtungen sind jedenfalls sehr selten, während über Verknotung eines Bougies in der Harnblase öfter berichtet wird.

Verknotung eines Bougies in der Urethra erscheint P. nur dann möglich, wenn zwei enge Strikturen vorhanden sind. Wenn in einem solchen Falle das Ende des Bougies die erste Striktur passiert hat und gegen die zweite anstöfst, so wird es sich, wenn weiteres Vorschieben versucht wird, umbiegen, an die vordere Striktur anstofsen und sich hier nachmals umbiegen, und damit ist die Verschlingung fertig. Es empfiehlt sich daher, ein gegen eine Striktur anstofsendes filiformes Bougie nicht etwa hin und her zu bewegen, sondern ganz zu entfernen und neu einzuführen. Hat sich einmal ein Bougie verknotet, so kann man es, wenn die Harnentleerung möglich ist, liegen lassen, zuweilen gelingt am zweiten oder dritten Tage die Entfernung; wenn der Harn nicht mehr entleert werden kann, mufs die Urethrotomia interna oder, wenn diese nicht gelingt, die Urethrotomia externa ausgeführt werden.

4. **Überzählige Niere, während des Lebens konstatiert,** von ANGE ISAYA-Rom. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band VI, Heft 5. Mai 1911.

Syphilis und ADDISONsche Krankheit; ein neuer Fall von ADDISONscher Erkrankung, gebessert durch antisyphilitische Behandlung, von GAUCHER und GOUGEROT. Ein Makler von 32 Jahren, der früher in den Kolonien gelebt und Malaria gehabt

hat, kommt mit allen Zeichen eines schweren Addison zur Beobachtung. Aus der Anamnese ergibt sich, dafs der Patient drei Jahre zuvor einen Schanker gehabt, dessen syphilitische Natur mangels allgemeiner Erscheinungen nicht erkannt wurde, aber zu schliefsen ist aus jetzt bestehender Leukoplakie der Zunge und Mundwinkel. Im Verlaufe einer Hg-Injektionskur tritt innerhalb drei Wochen eine so auffallende Besserung des Allgemeinzustandes ein, dafs die Verfasser an einem Zusammenhang des Addison mit der Syphilis nicht zweifeln. Die Verfasser betonen, dafs man angesichts unserer sonstigen Ohnmacht gegenüber der Bronzekrankheit in jedem Falle an die Möglichkeit einer syphilitischen Ätiologie denken sollte.

Band VI, Nr. 6. Juni 1911.

1. **Intravenöse Injektionen organischer Arsenpräparate**, von Ed. Joltrain-Paris. Bericht über die Erfahrungen, die Verfasser mit Hectin, mit Salvarsan und dem entsprechenden französischen Präparat „Arsenobenzol Billon“ gemacht hat. Genaue Angaben über die Technik des intravenösen Vorgehens, die von der üblichen nicht abweicht. Verfasser betont, dafs die folgende fieberhafte Reaktion meist nur gering ist, jedenfalls n i e v o r $1^{1}/_{2}$ S t u n d e n post injectionem auftritt, so dafs sich die Injektionen ohne Schwierigkeit ambulant machen lassen: der Patient wird nach dem Eingriff nach Hause und ins Bett geschickt.

2. **Basedowscher Symptomenkomplex im Verlauf der Syphilis**, von A. Lévy-Frankel. Verfasser bringt eine grofse Reihe (20) Krankengeschichten aus der Literatur und eigener Beobachtung, die das Vorkommen des klassischen Symptomenkomplexes des Morbus Basedow bei hereditärer wie bei akquirierter Syphilis dartun. Er geht des näheren darauf ein, wie die Symptome infolge syphilitischer Affektionen zustande kommen und betont, dafs ein Rückgang der Erscheinungen nur in bestimmten Fällen und nur teilweise unter Hg- und Jodbehandlung möglich ist. Am häufigsten hat er diesen „syphilitischen Basedow“ am Ende der Sekundärperiode gefunden und zwar fast regelmäfsig bei Syphilitikern, die ulceröse Affektionen des Pharynx, der Tonsillen und der Gaumenbögen gehabt hatten.

3. **Untersuchungen über die Giftigkeit des Quecksilberbenzoats**, von A. Desmoulière und H. Flurin. Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen über die Unterschiede bei Verwendung des Hg-Benzoats nach der Gaucherschen Formel:

Hg-Benzoat	1,0
Chlornatrium	2,5
Aqu. dest. ad	100 ccm

oder in der Lösung, wie sie Désesquelle angegeben hat:

Hg-Benzoat	1,0
Neutrales Ammoniak-Benzoat	5,0
Aqu. dest. ad	100 ccm.

Verfasser gibt dem Gaucherschen Rezept den Vorzug. *W. Lehmann-Stettin.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XXI. April 1911.

I. **Die Behandlung der Tuberkulose der Haut mit subcutanen Injektionen von Pepton Witte**, von Törrenson. Nach dem Vorgang von Professor Dehio und seinem Assistenten Rothberg hat T. in vier Fällen von Hauttuberkulose, darunter einem aufserordentlich schweren Fall von Tuberkulose der äufseren Genitalorgane, das Pepton Witte subcutan injiziert. Hierzu wurden 10%, 15%, 20% und 25%ige Lösungen genommen, die vor der Injektion frisch hergestellt werden müssen. Rothberg empfiehlt die Injektionen über einen Tag bis zu 60 im ganzen zu machen, was auch von T.

befolgt wurde. Unter den vier Fällen wirkte das Pepton dreimal und versagte einmal. T. nimmt daher an, dafs das Pepton als kein Universalmittel gegen Tuberkulose anzusehen ist, sondern dafs es nur bei tuberkulösen Veränderungen der Haut wirkt und möglicherweise nur bei den geschlossenen Formen dieser Krankheit, aber nicht bei Erkrankung solcher Organe, die sich ständig unter dem Einflufs der Sekrete und Exkrete befinden, wie die Lungen, Nieren, die Harnblase, die Vorsteherdrüse, die Hoden usw.

II. **Der Einflufs des EHRLICHschen Salvarsans auf den Stoffwechsel und das Blut des gesunden Organismus,** von M. PAWLOW. Die mühsamen experimentellen Versuche des Verfassers an Hunden ergaben, dafs als Resultat der Salvarsanwirkung ein geringeres Verlangen des Organismus nach Nährstoffen eintritt. Die Menge der eingeführten Nährstoffe von N, ClNa, P_2O_5 und SO_3 vermindert sich im Durchschnitt auf 50%, dennoch sinkt das Gewicht des Tieres fast nicht, da die nachgewiesene Gewichtsabnahme nicht 2% erreicht. Die Prozesse der Aneignung und Assimilation wurden bedeutend herabgesetzt, diejenigen der Desassimilation unbedeutend gesteigert. Das Blut erleidet eine Hyperleukocytose, wobei sich auch das prozentuale Verhältnis der einzelnen Arten der weifsen Blutkörperchen untereinander verändert. Die jungen Formen wie die Übergangsformen nehmen auf Kosten der alten, polynuklearen Formen zu, wobei unter den polynuklearen Formen diejenigen mit dem geteilten Kern überwiegen, während diejenigen mit dem hufeisenförmigen Kern in der Minderzahl sind.

III. **Das Meriodin als inneres antisyphilitisches Mittel,** von ODSTRCIL-Prag. O. hat sich, auf Grund seiner zahlreichen Beobachtungen, davon überzeugt, dafs das Meriodin den übrigen inneren Mitteln gegen Lues nicht nachsteht und im Gegenteil vor denselben den Vorzug der genaueren Dosierung und der bequemeren, ungefährlicheren Anwendungsart hat.

IV. **Zur Frage der Vaccinotherapie des Trippers,** von FRAENKEL. Eine Polemik gegen MERKURJEW und SIELBERG, welche die Vaccinotherapie des Trippers sehr günstig beurteilen und denen gegenüber F. betont, dafs eine Vaccinotherapie des akuten und chronischen Trippers, deren gleichzeitige Anwendung der entsprechenden pharmazeutischen und besonders physikalischen Mittel weder klinisch noch theoretisch genügend begründet ist.

Band XXI. Mai 1911.

I. **Zur Kasuistik des pilzförmigen Granuloms (Granuloma s. Mykosis fungoides),** von BOGROW. (Cf. *diese Monatshefte.* Bd. 52, S. 73.)

II. **Ein Fall von Mykosis fungoides,** von OKSSENOW. Beschreibung eines typischen Falles von Mykosis fungoides, welcher einen 59jährigen Bedienten betraf, der angeblich das Auftreten des Leidens erst seit etwa fünf Monaten bemerkt haben will.

III. **Leucoderma syphiliticum bei hereditärer Lues,** von KOLOKIN. Bei einem ein Jahr und ein Monat alten, hereditär luetischen Kinde konnte Verfasser ein syphilitisches Leukoderma auf dem Rumpf beobachten. (Brust, Hand und Oberschenkel, der Hals und der Rücken waren dagegen frei von Leukoderma. Die Gröfse der Leukodermaflecke schwankte zwischen derjenigen eines Gerstenkorns und derjenigen eines silbernen Fünfkopekenstücks.

IV. **Weitere Beobachtungen über die Anwendung des Salvarsans bei Syphilis,** von TSCHERNOGUBOW. (Cf. *diese Monatshefte.* Bd. 52, S. 514.)

Arthur Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Syphilitischer Tumor des Abdomens, von Potherat. (*Bull. méd.* 1911. S. 94.) Bei einer 24jährigen Frau trat einen Monat nach einem Abort ein Tumor in der Unterbauchgegend auf. Es wurde die Diagnose auf Pyosalpinx gestellt und die Laparotomie gemacht. Es fand sich ein derber Tumor, der schliefslich durch Hg-Injektionen völlig verschwand. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über sekundärsyphilitische Nephritis, von Cavazzani. (*Riv. crit. di clin. med.* Bd. XI, Nr. 51.) C. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle von echter syphilitischer Nephritis der Sekundärperiode. Er betont die Schwierigkeit der Diagnose, die nur unter Zuhilfenahme aller modernen diagnostischen Hilfsmittel gestellt werden darf. *Haas-Hamburg.*

Viscerale Syphilis, von W. B. Warrington-Liverpool. (*Liverpool Medico-Chir. Journ.* 1909. Nr. 55.) Klinischer Vortrag. *Schourp-Danzig.*

Magensyphilis, von Hepp. (*Bull. méd.* 1911. S. 206.) Bericht über einen Patienten, bei dem wegen Pylorusstenose die Gastroenteroanastomose gemacht wurde. Bei der Operation fiel die starke, glatte Hypertrophie des pylorischen Teiles und die Dicke der Magenwand auf. Eine nach einem halben Jahre auftretende Albuminurie und Hemiplegie legte schliefslich die Diagnose Syphilis fest. Heilung durch spezifische Behandlung. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über die Natur des Ikterus syphiliticus, von Gaucher und Giroux. (*Bull. méd.* 1911. S. 264.) Der Ikterus im Sekundärstadium kann durch abnormes Zugrundegehen der Erythrocyten oder durch Anwesenheit von Hämolysinen im Blute verursacht sein. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Luetisches Leberfieber, von O. Huber-Schöneberg. (*Ther. d. Gegenw.* Febr. 1911.) Ein Fall als Beitrag zu der Tatsache, dafs tertiäre, unkomplizierte Lues innerer Organe mit hartnäckigem Fieber verbunden sein kann, das häufig charakteristische Eigenschaften besitzt. Als Sitz der fiebererzeugenden luetischen Prozesse kommt von den inneren Organen vorwiegend die Leber in Betracht.

Der hier angeführte Fall wurde durch Autopsie in vivo (Gallensteinoperation) und Probeexzision als Fall von gummöser Leberlues einwandfrei gesichert. Die Infektion fand vor sieben Jahren statt, seit drei Jahren bestanden heftige Schmerzattacken im Leib und Lebergegend, begleitet von Schmerzen in der rechten Schulter, nebst Leberschwellung, seit sechs Monaten Fieber mit Nachtschweifs und Schüttelfrost. Eine antiluetische Behandlung (Salvarsan) führte sehr schnelle Heilung herbei.

Arthur Schucht-Danzig.

Über akute gelbe Leberatrophie als Folge von Syphilis, von W. Braunschweig-Berlin. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 4.) Akute gelbe Leberatrophie bei Männern im Zusammenhang mit einer noch frischen Syphilis ist eine Seltenheit. Verfasser teilt einen einschlägigen Fall eingehend mit. *Arthur Schucht-Danzig.*

Syphilis des Pankreas, kombiniert mit Syphilis anderer Organe, von J. Fey-Saarbrücken. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 46.) Bei dem ausführlich beschriebenen Fall stehen die Symptome des Pankreas im Vordergrunde. Bei dem 42jährigen Kranken, der vor 21 Jahren Lues hatte und in den ersten drei Jahren fünf Kuren durchmachte, bestanden hektisches Fieber, anfallsweise auftretende und mehrere Tage

dauernde Durchfälle, Schmerzen in der Oberbauchgegend, Vergröfserung von Leber und Milz, Zuckergehalt des Urins und andere Erscheinungen einer Pankreasaffektion. Wenige Tage nach Beginn der antiluetischen Behandlung waren alle Symptome einschliefslich des Fiebers erheblich gebessert. *Arthur Schucht-Danzig.*

Syphilis und Nervensystem nebst Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion und Salvarsan, von Wm. M. Leszynsky-New York. (*Med. Record.* 18. Febr. 1911.) Eine Reihe moderner Untersuchungsmethoden sind sicher von grofsem Werte, doch sollte darüber nie eine möglichst sorgfältige klinische Beobachtung vernachlässigt werden. Die Wassermannsche Reaktion ist durchaus nicht als unfehlbar anzusehen und sollte immer nur als ein die übrigen Befunde bestätigender Faktor gewertet werden. „Ein negativer Wassermann schliefst Syphilis ebensowenig aus wie der fehlende Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum Lungentuberkulose.“ „Ein positiver Wassermann besagt nicht stets Syphilis.“

Was das Salvarsan anlangt, so läfst sich deutlich in der Literatur verfolgen, wie die anfänglich enthusiastischen Berichte von „wunderbaren“ Kuren abgelöst wurden von kritischen und objektiven Besprechungen. „Man kann den augenblicklichen Standpunkt in der letzten deutschen und amerikanischen Literatur dahin zusammenfassen, dafs allgemein anerkannt wird, dafs wir jetzt ein neues und wertvolles Mittel gegen einige syphilitische Manifestationen besitzen.“ Ein Mittel, das die Syphilis definitiv und abortiv heilt, ist es nicht. Gewisse neurotrope Wirkungen lassen sich nicht leugnen und eine Verwendung des Mittels bei syphilitischen oder postsyphilitischen Nervenerkrankungen schliefst trotz einzelner berichteter guter Erfolge noch eine grofse Verantwortung ein. *W. Lehmann-Stettin.*

Eine Differentialdiagnose von syphilogener Erkrankung des Zentralnervensystems und nichtsyphilogener Erkrankung desselben bei Syphilitischen, von M. Nonne-Hamburg. (*Neurol. Centralbl.* 1910. Nr. 21.) Oft kommt es vor, dafs bei Erkrankungen des Zentralnervensystems die Wassermannsche Reaktion im Blute positiv, im Liquor cerebrospinalis hingegen negativ ist. Hauptmann gelang es, nachzuweisen, dafs sowohl bei den nach der Original-Wassermannschen Methode im Liquor negativ reagierenden Fällen von Tabes wie auch bei Fällen von Lues cerebri, spinalis und cerebrospinalis die Reaktion noch nachzuweisen ist, wenn steigende Mengen Liquors zur Verwendung gelangen. Da es bisher noch nicht feststehe, dafs die Reaktion im Blut beweist, dafs das betreffende Individuum Spirochätenträger ist, sondern nur, dafs es einmal mit Syphilis in Berührung gekommen ist, da hingegen eine positive Reaktion im Liquor auf ein sicher durch Syphilis bedingtes organisches Leiden hinweist, so glaubt Nonne, dafs man für die Differentialdiagnose „syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems“ einerseits und „organische Erkrankung des Zentralnervensystems bei einem syphilitisch gewesenen oder noch syphilitischen Individuum“ andererseits diese von Hauptmann angegebene quantitative Auswertung des Liquor nicht unterlassen darf. Drei Krankengeschichten illustrieren diese Ansicht.

Gunsett-Strafsburg.

Zur Diagnostik der Hirnlues, von L. Krewer. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Die klinische Diagnose der Hirnsyphilis wird erleichtert durch die Anwesenheit von Zeichen manifester oder abgelaufener Lues. Auch hat Verfasser bei Aufheben einer Falte an der Bauch- und Oberschenkelhaut zahlreiche harte Knötchen getastet, die er auf spezifische Veränderungen der Hautdrüsen zurückführt. Das häufigste Symptom ist der Kopfschmerz; er ist charakterisiert durch Hartnäckigkeit, Schwankungen in der Intensität, diffuse Verbreitung bei bestehender Klopfempfindlichkeit des Schädels. Gewöhnlich ist er kombiniert mit Affektion der Hirnnerven, besonders Optikus und Okulomotorius. Nach dem Kopfschmerz steht die Hemiplegie.

Der apoplektische Insult wird von Kopfschmerzen eingeleitet und ist von geringerer Bewufstseinstrübung begleitet. Die Kranken erholen sich rasch; öfters bestehen epileptiforme Krämpfe. Die Lähmungserscheinungen schwanken in der Intensität und gehen oft rasch vorüber. Pathognomisch für Hirnsyphilis ist Hirnnervenlähmung mit gekreuzter Hemiplegie. Am dritthäufigsten sind epileptiforme Anfälle. Sie sind von keiner Aura eingeleitet, folgen rasch aufeinander, verbreiten sich nur auf einzelne Extremitäten und Muskelgruppen und sind von vorübergehenden Paralysen gefolgt. Das Bewufstsein ist während der Anfälle nie ganz erloschen, in den Pausen nie ganz frei. Diese Symptome können sich in der verschiedensten Weise kombinieren und die buntesten Krankheitsbilder bieten, aber gerade der Polymorphismus der sich oft widersprechenden Symptome und die Schwankungen in der Intensität sprechen für Syphilis. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Meningitis syphilitica acuta durch Salvarsan geheilt, von du Castel und Paraf. (*Bull. méd.* 1911. S. 217.) Bei einem Kranken verschwanden nach dreimaliger Salvarsan-Injektion alle meningitischen Symptome bis auf die Lymphocytose.

Richard Frühwald-Leipzig.

Akute syphilitische Meningitis, von Mosny und Portocalis. (*Bull. méd* 1911. S. 279.) Eine Frau erkrankte unter schweren meningitischen Erscheinungen. Die Diagnose auf Syphilis wurde durch positiven Wassermann, Argyll-Robertsonsches Phänomen und Lymphocytose im Liquor cerebrospinalis festgelegt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Akute syphilitische Meningitis spinalis, mit Salvarsan behandelt, von J. Mollard und A. Dufourt. (*Lyon méd.* 1911. S. 338.) Ein Patient im Eruptionsstadium der sekundären Syphilis erkrankte an Steifigkeit des Nackens und des Rückens. Kermigsches Symptom war vorhanden, Patellarreflexe erhöht, kein Fieber, keine Kopfschmerzen. Im Lumbalpunktat geringe Zellvermehrung, Eiweifsvermehrung, keine Spirochäten. Da Quecksilberkuren nur geringe Besserung brachten, wurde Salvarsan intramuskulär verabreicht, worauf die Erscheinungen rasch zurückgingen. Verfasser weisen auf die Seltenheit der rein spinalen Lokalisation der Erkrankung hin.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Argyll-Robertsonsche Pupillenreaktion bei cerebraler und spinaler Syphilis, von J. M. Clarke-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 11. Febr. 1911.) Untersuchungen an einem Material von 69 Syphiliskranken, von denen 48 eine Gehirnaffektion und 21 eine Lokalisierung des syphilitischen Prozesses am Rückenmark dokumentierten, liefsen das Vorhandensein der Argyll-Robertsonschen Pupillenstarre erkennen. Dieses Verhalten deutet, wie Verfasser darlegt, auf eine präzise Degeneration der Pyramidenbahnen und ist als eine parasyphilitische Erscheinung aufzufassen. Bei einer Cerebrospinalsyphilis findet man dasselbe nicht, was auch von anderen Autoren hervorgehoben worden ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Frühzeitige Diagnose der Tabes und Cerebrospinal-Lues, von Tom A. Williams-Washington. (*Med. Press.* 1910. Nr. 7.) Von den Prodromen der Tabes gehen die Änderungen der Sensibilität in der Regel den anderen voraus; ihre tabetische Natur ist zu mutmafsen, wenn sie in den unteren Extremitäten auftreten, während der Nacht sich steigern und intermittieren, unabhängig von äufseren Einflüssen. Wassermannsche Reaktion und Untersuchung der Spinalflüssigkeit sichern die Frühdiagnose. *Schourp-Danzig.*

Betrachtungen über einen fälschlicherweise als harnkrank behandelten Patienten, von Enrique Perez-Grande. (*Revista ibero-amer. de cienc. med.* Dez. 1910.) Es handelte sich um einen seit Jahren erkrankten Patienten, der an einer enormen, aber nur tagsüber bestehenden Pollakiurie litt. Die Diagnose schwankte lange

zwischen Blasenstein, Prostatahypertrophie u. a., zuletzt stellte es sich heraus, dafs es sich um eine syphilitische Tabes dorsalis handelte. Die Pollakiurie wurde durch Hg-Injektionen bedeutend gebessert. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Pathogenese der Tabes und ihre Beziehung zur Biochemie der Syphilis, von WILLIAM E. MUNROE. (*Med. Bull. Univers. Pennsylvania.* Bd. 23, Nr. 5—6.) *Schourp-Danzig.*

Über die Quecksilberbehandlung der Tabes dorsalis, von EMIL REDLICH-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) R. fafst die Erfahrungen an seinem 308 Fälle betragenden Material dahin zusammen, dafs eine energische, wiederholte Quecksilberbehandlung der Syphilis zwar einen gewissen günstigen Einflufs auf die Verhütung der Tabes hat, aber kein sicheres Prophylaktikum darstellt. Die Hg-Behandlung der Tabes selbst ist nicht ohne Wirksamkeit; in Frühfällen führt sie einen günstigen Verlauf, manchmal vielleicht auch einen Stillstand des Prozesses herbei. Auch bei akuten Schüben ist sie mitunter von guter Wirkung. Sie ist daher stets in solchen Fällen, freilich in mäfsigen Dosen zu versuchen. Aber oft genug läfst die Hg-Behandlung bei der Tabes völlig im Stiche. *Schourp-Danzig.*

Quecksilberbehandlung der Tabes dorsalis, von A. STRASSER-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Bei rapid auftretenden schweren Symptomen und besonders bei positivem Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion ist eine Quecksilberkur zu versuchen. *Schourp-Danzig.*

Über Tabesbehandlung, von F. WALZER - Bad Nauheim. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 50.) Es handelt sich in dieser Arbeit nur um die Behandlung der parasyphilitischen Symptome, nicht der Syphilis selbst. Verfasser behandelte mittels schwacher, hochgespannter, statischer Ströme, deren Anwendung wohl in das Gebiet der Neurologie schlägt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bemerkungen zur Behandlung und Diagnose der progressiven Paralyse, von K. BONHOEFFER-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Die Psychiater sind trotz der bisherigen Erfolglosigkeit in der Paralysebehandlung keine absoluten Pessimisten, vor allem weil die anatomischen Befunde mit den dichten Lymphocyten- und Plasmazelleninfiltraten der Gefäfswände den Charakter eines toxisch - infektiösen Prozesses tragen und so eine therapeutische Beeinflufsbarkeit als wahrscheinlich erscheinen lassen. Sachlich unterscheidet sich die Paralyse von den syphilitischen Prozessen durch die erheblich längere Inkubation und ihr refraktäres Verhalten gegen Hg und J.

BONHOEFFER warnt vor allzugrofser Bewertung der serodiagnostischen Ergebnisse bei der Diagnose der Paralyse. Für sich allein gestatten diese ebensowenig wie Befunde von Lymphocytose und Eiweifsvermehrung in der Lumbalflüssigkeit die Diagnose.

Das neue Mittel Salvarsan lasse insofern etwas für die Paralyse erhoffen, als es vielleicht gelingt, die Syphilis schneller gründlich auszuheilen.

Diskussion: (Medizinische Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. *Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) NEISSER ist der Ansicht, dafs man in der Dosierung und Gesamtanwendung des Salvarsans bei Paralyse vielleicht bisher falsch vorgegangen sei, insbesondere erhofft er Nutzen von Anwendung kleiner Dosen in geeigneten Intervallen. Die Chancen für eine spezifische Behandlung findet NEISSER in dem Vorkommen von Remissionen begründet, welches darauf hindeutet, dafs neben den degenerativen auch einfach entzündliche und funktionelle Prozesse eine Rolle spielen.

Aus den bisherigen Resultaten bezüglich Vorbeugung der Paralyse durch geeignete Syphilisbehandlung kann man nach NEISSER keinen Schlufs ziehen, da die „reichliche und energische Quecksilberbehandlung“ sich bei näherer Betrachtung recht häufig

in nichts auflöst. Die WASSERMANNsche Reaktion soll der Mafsstab zur Feststellung der Heilung sein.

Ganz besonders rät NEISSER für den Versuch, eine Behandlung vorzunehmen, bei Fällen von Hirnlues und bei Tabes. Als das wichtigste sieht er die Aufgabe an, durch eine sehr zeitige, wirklich energische und genügend lange und unter steter Kontrolle der WASSERMANNschen Reaktion geleitete Behandlung dem Auftreten der Paralyse und Tabes entgegenzuarbeiten.

FÖRSTER hat in ausgesprochenen Fällen von Paralyse nie Erfolg von spezifischer Behandlung gesehen. Bei Tabes hat er jedoch von der Kalomelbehandlung positive Resultate, Stillstand und dauernde Besserung gesehen im Gegensatz zu einer grofsen Reihe nicht spezifisch behandelter Fälle. Erklärlich wird diese Beeinflussung durch das Bestehen eines perivaskulären Infiltrationsprozesses zu Anfang der Tabes.

BONHOEFFER mahnt zu vorsichtiger Beurteilung der therapeutischen Erfolge bei Paralyse und weist darauf hin, dafs unter dem fascinierenden Einflufs des neuen Mittels selbst Fachpsychiater irrtümlicherweise Spontanremissionen als Heilerfolge angesprochen haben, wie es ALT bei dem von ihm erwähnten Amtsrichter ergangen ist.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Reaktion des Harnes bei Paralyse mit Liquor Bellostii, von P. BEISELE. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1) Von BUTENKO ist darauf hingewiesen, dafs der Urin von Paralytikern mit der als Liquor Bellostii bekannten Lösung von Merkuronitrat beim Erwärmen eine charakteristische Reaktion in Form eines grauen Niederschlags ergibt. In der TREUPELschen Klinik zu Frankfurt hat B. diese Probe an 100 Fällen, teils Paralytikern, teils gesunden, teils anderweitig kranken Personen ausgeführt. Während sonst im allgemeinen ein negatives Verhalten konstatiert wurde, war bei 25 von den 27 Paralytikern ein positives Resultat zu verzeichnen. Worauf in letzter Linie der Eintritt der Reaktion beruht, ist vorläufig nicht zu entscheiden; das wahrscheinlichste erscheint noch, dafs dabei eine Ptomainwirkung im Spiele ist. Störungen der Reaktion werden veranlafst durch eine alkalische Reaktion des Urins und durch die Darreichung von Trional, Sulphonal und Jod.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über eine angeblich für progressive Paralyse charakteristische Reaktion im Harn (mit Liquor Bellostii), von H. M. STUCKEN-München. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1911. Nr 16.) Die von BUTENKO und späterhin von BEISELE als für progressive Paralyse charakteristisch beschriebene Reaktion des Harns mit Liquor Bellostii hat ST. bei 157 Patienten in der psychiatrischen Klinik zu München (welche teils an diesem Leiden [27], teils an anderen Affektionen erkrankt waren) erprobt und kommt zu dem Resultat, dafs man dieser Probe durchaus keine spezifische diagnostische Bedeutung beimessen kann. Worauf die dabei eintretende, als charakteristisch angesprochene Schwarzfärbung beruhe, ist nicht aufgeklärt. Die vom Verfasser diesbezüglich ausgeführten und in ihren Hauptmomenten mitgeteilten Untersuchungen lassen nur erkennen, dafs es sich dabei wohl um einen Reduktionsvorgang handelt durch das Vorhandensein eines noch näher festzustellenden Urinbestandteiles, der gegen Erhitzen jedenfalls stabil, gegen Säure sehr empfindlich und in Äther nicht löslich ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Anwendung von reinen Lipoiden und alkoholischen Extrakten mit aktivem und inaktivem Serum bei der Komplementfixationsreaktion bei Syphilis, von MAC RAE, EISENBREY und SWIFT-New York. (*Arch. of int. med.* Nov. 1910.) Das reine Lipoid wurde aus der Leber eines Patienten mit visceraler Syphilis gewonnen, mit Aceton behandelt, dann in gesättigter Lösung in Äthylalkohol zwei Tage lang einer Temperatur von 37° ausgesetzt, filtriert und als Stammlösung benutzt. Das

alkoholische Extrakt hingegen wurde aus einer Leber eines Falles von kongenitaler Syphilis durch achttägige Extraktion bei 37° gewonnen und als Stammpräparat benutzt. Das reine Lipoid erwies sich als am wirksamsten und gab bei Syphilis die gröfste Prozentzahl von streng positiven Reaktionen sowohl bei der WASSERMANNschen als der NOGUCHIschen Methode mit aktivem und inaktivem Serum. Das alkoholische Extrakt mit aktivem Serum angewandt, gab die gröfste Prozentzahl nicht spezifischer Reaktionen. Die NOGUCHIsche Methode mit aktivem Serum kann als die sensibelste Methode bezeichnet werden, dann erst kommt die WASSERMANNsche und zuletzt die NOGUCHIsche Methode mit inaktivem Serum. *Gunsett-Strafsburg.*

Vergleichende Globulinmessungen an luetischen Seris, von R. MÜLLER-Wien und W. H. HOUCH-Washington. (*Wien. klin. Wochenschr.* Febr. 1911. Nr. 5.) Aus einer grofsen Anzahl von vergleichenden Blutuntersuchungen, wobei luetische und nichtluetische Seren stets gleichzeitiger Prüfung unterzogen wurden, liefs sich feststellen, dafs der Gesamtglobulingehalt im Luesserum nur wenig höher war, als in Kontrollseren (94 : 84,7), dafs aber der Euglobulingehalt ein bedeutend höherer war: 42,5 : 28,8. Doch glauben die Verfasser, dafs die Vermehrung nicht in direktem Zusammenhang mit der WASSERMANNschen Reaktion und auch nicht diagnostisch verwendbar ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Serodiagnose der Syphilis mittels Präzipitation von Natrium glycocholicum unter Heranziehung des Cholesterins, von HERMAN und PERUTZ - Wien. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 2.) Es wurde eine Cholesterinsuspension, hergestellt mit Hilfe von Natriumglykocholat aus alkalischer Lösung, mit verschiedenen Seraverdünnungen geprüft und zunächst festgestellt, dafs dieselbe mit den meisten Menschenseris innerhalb einer gewissen Verdünnungsbreite eine Präzipitation gibt. Verwendet man das Suspensionskolloid Cholesterin für die von ELIAS, PORGES, NEUBAUER und SALOMON angegebene Syphilisreaktion, welche die Autoren für spezifisch halten, so werden die Niederschläge bei derselben deutlicher und massiger, und sie treten auch bei einer Anzahl von Syphilisfällen in Erscheinung, wo mit der ursprünglichen Methode allein keine sichtbare Ausflockung vorhanden ist. Die Autoren erhoffen von der Reaktion eine Vereinfachung der Serodiagnostik der Syphilis. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Serumdiagnose der Lues, mit besonderer Rücksicht auf die kongenitale Syphilis und die Ammenwahl, von ST. NÁDOSI - Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1911. Nr. 3.) Verfasser fafst in seiner mit der „KALMANschen Millenniumsstiftung" preisgekrönten Arbeit seine Ergebnisse in folgendem zusammen: In der Frage der Vererbung der luetischen Erkrankung, wie auch in den Fällen von kongenitaler Lues geben die Tierimpfungen keine solch wichtige Aufklärung, keinen Fingerzeig wie das Auffinden der Spirochaeta pallida und die Serumdiagnose der Syphilis. In der mikroskopischen und serologischen Untersuchung haben wir ein Verfahren, das während des ganzen Prozesses der Krankheit der Diagnose objektive Gewifsheit gibt und somit bei der Aufstellung der Diagnose sozusagen unentbehrlich ist. Die mikroskopische Untersuchung leistet zumeist in der primären Periode gute Dienste, besonders dann, wenn auf klinischer und serologischer Basis die Krankheit noch nicht erkannt werden kann, in der zweiten Periode ist ihr diagnostischer Wert viel geringer; in dem dritten Stadium kommt sie schon kaum mehr in Betracht. Ein gröfseres Anwendungsgebiet hat die Serumuntersuchung, die als gutes Aushilfsuntersuchungsmittel in jedem einzelnen Fall durchgeführt werden mufs, wo die Anamnese, die klinische und bakteriologische Untersuchung erschöpft sind oder wo man im Stich gelassen worden ist. Zur Diagnostizierung der kongenitalen Lues gibt von allen Verfahren die ursprüngliche WASSERMANNsche Serumuntersuchung das zuverlässigste Resultat — zu dieser Untersuchung ist das Blutserum am geeignetesten.

Die Serumreaktion leistet groſse Dienste, wenn mit groſser Vorsicht vorgegangen wird. Sie leistet gute Dienste auch im latenten Stadium der Krankheit. Die WASSERMANNsche Reaktion bietet nur bei Aufstellung der konstitutionellen und nicht der organischen Diagnose eine Stütze. Die positive Serumreaktion beweist, daſs einmal eine luetische Infektion vorhanden war. Mit Rücksicht darauf, daſs sie nicht darüber Aufklärung gibt, wo das Virus sitzt, und auch über die Intensität der Infektion keinen Aufschluſs gibt, können wir nur auf Grund der positiven Reaktion die Ehe nicht verbieten.

Die negative Reaktion bietet nur mit der Anamnese und den klinischen Daten ein anamnestisches, diagnostisches Moment. Die Schwangeren mit negativer Reaktion können, was die Gesundheit des zu gebärenden Kindes betrifft, mit den besten Aussichten in die Zukunft blicken. An den Kindern der Frauen mit positiver Reaktion kann Lues schon in den ersten Lebenswochen etwa in 50% klinisch oder serologisch konstatiert werden. Diesen Prozentsatz kann eine energische antiluetische Kur noch während der Schwangerschaft verbessern. Eine nach abgelaufenem Abortus und Frühgeburt vorgenommene Serumuntersuchung gibt über die Ursache der Abnormalität bezüglich der Lues Aufklärung. Dies gilt auch für rechtzeitige Geburten mit totem oder maceriertem Foetus. Die Serumreaktion ist jedenfalls auf die Therapie von Einfluſs, nämlich ob eine antiluetische Kur vorgenommen werden muſs nach Abort und Frühgeburt zur Besserung einer erneuten Schwangerschaft. Je früher nach der Infektion die Kur vorgenommen wird, je kräftiger das benutzte Heilverfahren ist, je häufiger es wiederholt wird, desto eher hat man auf eine vollkommene Heilung Aussicht und damit zur Besserung einer abermaligen Schwangerschaft.

Bei der Wahl einer Amme muſs nicht nur das Blut der Amme und ihres Kindes sondern im Interesse der Amme auch das zu säugende Kind und dessen Mutter untersucht werden. In den für Lues verdächtigen Fällen kann der Mutter das Säugen nur dann erlaubt werden, wenn die objektive Untersuchung sowie auch das Resultat der Serumuntersuchung der Mutter mit der Reaktion des Blutes des Kindes übereinstimmt. In Fällen von Reaktionen, die miteinander nicht übereinstimmen, kann man bei der ein negatives Resultat gebenden Mutter das Stillen erlauben (es wäre wohl ratsamer eine positiv reagierende Amme aufzusuchen), weil die Untersuchung rechtfertigt, daſs wir es bei den Müttern von hereditär-luetischen Kindern mit latenter Lues zu tun haben, die zumeist auch positive Reaktion gibt, die eventuelle negative Reaktion aber entspricht dem Ruhezustande der mütterlichen latenten Lues. Die positive Reaktion gebende Mutter darf nicht das negativ reagierende Kind stillen, weil die Kinder solcher Mütter in der gröſsten Zahl der Fälle die Lues auch so erwerben und daher darf man in einem eine Ausnahme bildenden Falle die Gefahr der Infektion nicht durch das Stillen steigern. In einem solchen Falle soll das Kind eher künstlich ernährt werden. Hat man sich aber durch die fernere nach allen Richtungen sich erstreckende, pünktliche und mehrfache Untersuchung in der Tat überzeugt, daſs das Kind nicht luetisch ist, dann kann man es einer gesunden Amme anvertrauen. Bei der Vererbung der angeborenen Lues kann man die Infektion auf germinativem Wege nur mit solchen Hypothesen erklären, die man in theoria wohl annehmen kann, die aber in Wirklichkeit doch keinen Halt haben. Die Möglichkeit der Infektion auf germinativem Wege scheint nur bei der Infektion eines (in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft auf luetischer Basis eingetretenen Abortus) kongenital-luetischen Fötus wahrscheinlich zu sein. Man kann im allgemeinen sagen, daſs in Fällen von kongenitaler Lues der Ursprung der Infektion eher postkonzeptional ist, der Fötus hat die hereditäre Lues nach der Konzeption auf hämatogenem Wege erworben. Bei dieser Art der Infektion kann die Infektion vom Vater schon deshalb ausgeschlossen werden, weil die im

Sperma befindlichen oder die neben dem Sperma in den Uterus, in die Tuben gelangten Spirochäten in erster Reihe zur Erkrankung des Ovulum oder, was noch wahrscheinlicher ist, zu der Erkrankung der Decidua führen und die Infektion sich von da im mütterlichen Wege auf den Fötus verbreitet. Demzufolge ist auch die Mutter, die bis zum befruchtenden Coitus gesund war, durch diesen Coitus ebenfalls ein Opfer der Infektion geworden. Die ältere oder die beim Coitus akquirierte Lues der Mutter machten auch die im maternalen Teile der Placenta auffindbaren Spirochäten offenkundig. Die Serumuntersuchungen der Mutter rechtfertigen ebenfalls die Erkrankung der Mutter und dadurch die maternale hämatogene Übertragung der Lues auf den Fötus.

Nachdem der maternale Ursprung der kongenitalen Lues erwiesen ist, hat das Collessche Gesetz seine Bedeutung verloren.

Die Erkrankung verbreitet sich von der Mutter auf hämatogenem Wege auf den Fötus, von dem mütterlichen Blute kommen Spirochäten direkt in das Blut des Fötus; dies kann aber nur bei einer Erkrankung angenommen werden, die sich sowohl auf den maternalen als auch fötalen Teil der Placenta erstreckt. In jedem Augenblicke der uterinen Entwicklung kann auf dem Wege der Placenta die Infektion des Fötus erfolgen. Je frischer die Lues ist, desto mehr ist die Placenta und dadurch der Fötus der frühzeitigen Infektion, der Erkrankung ausgesetzt, um so rascher kann die Unterbrechung der Schwangerschaft, der Abortus oder die Frühgeburt eintreten. Ferner je älter die Syphilis ist, um so seltener sind die Rezidive, in einem um so späteren Stadium wird der Fötus infiziert, was oft nur während der Geburt oder am Ende derselben vielleicht in der Scheide erfolgt. Der latente Zustand des während der Geburt oder am Ende derselben infizierten Fötus kann nicht als „Immunität", sondern als Inkubationsstadium der hereditären Syphilis angesehen werden. Ein solcher Fötus, obgleich er scheinbar frei von Lues zu sein scheint, gibt zumeist positive Reaktion.

Nach dem Gesagten hat das Profóta-Gesetz, dafs schon vor der Zeit der Serumdiagnose bezweifelt worden ist, ebenfalls seinen Wert verloren. Die auf Grund der Serumreaktion konstatierte latente Lues des Fötus erklärt die Immunität gegen die neueren Syphilisinfektionen.

Es kann sich auch ereignen, dafs eine luetische Mutter (z. B. eine III. P. bei der ersten und dritten Geburt ein luetisches, bei der zweiten hingegen) ein vollkommen gesundes Kind zur Welt gebracht hat. Die Erklärung dafür sehen wir entweder darin, dafs die ältere luetische Erkrankung der Mutter zurzeit des Austragens und der Geburt des luesfreien Fötus im Ruhezustande war, oder auch der Zufall kann eine Rolle dabei spielen, dafs in einzelnen Fällen der Fötus nicht nur während der intrauterinen Entwicklung (denn sehr häufig erfolgt die Erkrankung der Placenta), sondern auch während der Geburt der Gefahr der Infektion entgangen ist. Eine während der Gravidität der Mutter akquirierte Lues kann auch auf den Fötus übergehen, aber die Krankheit der in den letzten $1^1/_2$ Monaten der Schwangerschaft infizierten Mutter erbt der Fötus nicht mehr auf dem Wege durch die Placenta. In solchen Fällen kann der Fötus während der Geburt infiziert werden. Es ist eine Frage, ob die Eklampsie eine Infektion verhindern kann, und eine andere Frage ist, ob die puerperale Sepsis die komplementbindende Fähigkeit des Blutes ändert.

Die Wassermannsche Reaktion ist in der Geburts- und der Frauenheilkunde ein wertvolles Hilfsmittel. *Porosz-Budapest.*

Eine neue serologische Methode zur Syphilisdiagnose, von Wolfgang Weichhardt-Erlangen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) W. hat die von Seiffert gemachten Mitteilungen über die Brauchbarkeit seiner entsprechend modifizierten Epiphaninreaktion für die Serodiagnose der Lues nachgeprüft und richtig befunden.

Er empfiehlt jedoch, um der SEIFFERTschen Methodik gröfsere Vollkommenheit zu geben, den Verlauf der Epiphaninreaktion bei einem bestimmten Antigen und Antikörper durch Versuchsserien mit verschiedenen Verdünnungen festzulegen und kurvenmäfsig aufzuzeichnen. *Götz-München.*

Eine neue serologische Methode zur Syphilisdiagnose, von G. SEIFFERT-Bremen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) S. hat die von WEICHHARDT angegebene Oberflächen- oder Epiphaninreaktion zwischen Antigen und Antikörpern (*επιφανεια*-Oberfläche) nach entsprechender Veränderung der Methodik zur serologischen Syphilisdiagnose benützt. Bezüglich der Beschreibung des Verfahrens, das ganz genau nach den gegebenen Vorschriften auszuführen ist, mufs auf das Original verwiesen werden; die erzielten Ergebnisse fafst S. in folgenden Sätzen zusammen:

Mit der Modifikation der WEICHHARDTschen Epiphaninreaktion liefsen sich bei einer gröfseren Zahl von Seren bestimmte Antikörper gegen Syphilis nachweisen.

Die Reaktion ist anscheinend spezifisch, d. h. sie tritt nur beim Zusammentreffen von Syphilitikerserum und syphilitischem Organextrakt ein, während sie mit Meerschweinchenherzenextrakt nicht zu erhalten ist.

Der Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion stimmt fast immer mit dem Ergebnis der Epiphaninreaktion überein. Niemals war diese bei positivem WASSERMANN negativ; dagegen war sie in einer Anzahl von Fällen bei negativem WASSERMANN positiv, doch liefs sich dann stets klinisch eine sichere Luesinfektion (meist im Frühstadium) nachweisen.

Es ist wahrscheinlich möglich, mit der Reaktion exakte quantitative Bestimmungen der Immunitätsvorgänge bei Syphilis vorzunehmen.

Die Reaktion darf, wenn sie Anspruch auf Zuverlässigkeit haben soll, nur bei sorgfältigstem Arbeiten unter allen Kautelen ausgeführt werden, andernfalls wird sie häufig zu Fehldiagnosen führen. Ihre Anwendung in der Praxis wird sich so lange nicht empfehlen, bis ihre Brauchbarkeit an einer grofsen Zahl von Fällen nachgeprüft und erprobt ist. *Götz-München.*

Über die Serodiagnose der Syphilis nach PORGES, von STUTZER. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1911. Nr. 10. S. 343.) In der vom Privatdozent LIEPMAN geleiteten bakteriologischen Abteilung des VIRCHOW-Krankenhauses hat Verfasser parallele Untersuchungen nach WASSERMANN und nach PORGES angestellt. In 27 Fällen gaben beide Untersuchungsmethoden dasselbe positive Resultat, in 16 Fällen ergab die Reaktion nach WASSERMANN ein positives und nach PORGES ein negatives Resultat, während umgekehrt in 17 anderen Fällen die Reaktion nach WASSERMANN negativ und nach PORGES positiv ausfiel. Verfasser schliefst seine Arbeit mit der Bemerkung, dafs die PORGESsche Reaktion noch nicht zur klinischen Diagnose der Syphilis verwertet werden kann. *Arthur Jordan-Moskau.*

Neuere Modifikationen der Serodiagnostik der Lues vom Gesichtspunkte ihrer Durchführung im praktischen Leben, von G. GÁLI-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujsay.* 1911. Nr. 11.) Verfasser nahm in 50 Fällen die DUNGERN-Reaktion vor. In eine Eprouvette wird mit einer graduierten Pipette 0,05 ccm von dem mit „Organextrakt" bezeichneten Fläschchen gegeben, die zweite Eprouvette dient als Kontrolle, in diese wird kein Extrakt gegeben. Dann wird in beide Eprouvetten je 2 ccm Kochsalzlösung gegossen. Die Lösung wird aus den fertigen Kochsalztabletten gemacht, so dafs eine Tablette in 100 ccm Wasser aufgelöst wird. Dann werden in beide je zwei Komplementpapiere gegeben, darauf wird dann 0,1 ccm vom defibrinierten Blut zugegossen. Beide Eprouvetten werden bei Zimmertemperatur eine Stunde stehen gelassen, aber ab und zu umgeschüttelt. Nach einer Stunde gibt man vom Ambozeptor, der in 8 ccm Kochsalzlösung und 8 ccm 5%igem Phenol gelöst wird,

in beide Gläschen 0,2 ccm. Die Gläschen werden gut geschüttelt, beiseite gestellt und 10—15 Minuten später wieder umgeschüttelt. Nach einer Stunde tritt im Kontrollglas, in das Antigen nicht gegeben worden ist, Lösung ein, die ganze Flüssigkeit wird durchsichtig rot, im Falle einer positiven Reaktion schlagen sich am Boden der Antigen enthaltenden Eprouvette die roten Blutzellen nieder und die Flüssigkeit über ihnen wird rein, hellgelb. Dies sieht man gewöhnlich $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach dem Auftreten der Lösung im Kontrollglas. Im Falle einer negativen Reaktion tritt in der Antigen enthaltenden Eprouvette ebenso Lösung ein, wie in dem Kontrollglas. Es ist ratsam, das Resultat $^1/_2$—1 Stunde später abzulesen, denn später kann auch in der Antigen enthaltenden Eprouvette auch im Falle positiver Reaktion Lösung eintreten. — In allen Fällen, in denen betreffs der luetischen Konstitution Zweifel vorhanden waren, wurde auch die ursprüngliche Wassermannsche Reaktion vorgenommen; nur wo die Reaktion positiv war und für Lues mehrere entschiedene Stützpunkte vorhanden waren, sah Verfasser von der Vornahme der Wassermannschen Reaktion ab. Seine Resultate führten dahin, dafs in 49 Fällen die Reaktion den Erwartungen vollkommen entsprochen hat, ganz gleich, ob die klinische Diagnose oder die Wassermannsche Reaktion in Betracht gezogen wurde. In einem Falle war die Reaktion auch dort positiv, wo die Wassermannsche Reaktion negativ war. Verfasser hält das Dungernsche Verfahren für die Ansprüche der praktischen Ärzte vollkommen ausreichend. In 36 Fällen stimmte die Wassermannsche und die Dungernsche Reaktion überein, sechs Fälle mufsten als schwach positiv genommen werden, in sechs Fällen war die Wassermannsche Reaktion entschieden positiv, sechs Fälle waren negativ, von diesen war in vier Fällen die Wassermannsche und Dungernsche Reaktion entschieden positiv, in den anderen zwei schwach positiv, schliefslich war in zwei Fällen die Reaktion negativ, in einem dieser Fälle war die Wassermannsche Reaktion negativ, aber die Dungernsche Reaktion positiv. Die Dungernsche Methode gibt auf die Fragen, die praktische Ärzte rasch beantworten wollen, vollkommen verläfsliche Auskunft. *Porosz-Budapest.*

Die Porgessche Luesreaktion, von W. de la Motte-Bremen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.)

Die Serodiagnose der Lues mittels der Porgesschen Reaktion, von Max Löwenberg-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.) de la Motte hat die Porgessche Reaktionausflockung mit glykocholsaurem Natron in 184 Fällen gleichzeitig mit der Wassermannschen Reaktion geprüft und gefunden, dafs die Porgessche Methode sehr zuverlässige Resultate ergibt. Die von Porges beschriebene makroskopisch sichtbare Ausflockung fand der Verfasser im Serum nur bei manifester sekundärer Lues, niemals aber bei tertiärer und bei Parasyphilis; in diesen Fällen trat bei positivem Ausfall der Probe lediglich im Verlaufe von 1—$1^1/_2$ Stunden eine starke Opaleszenz ein. Die Spinalflüssigkeit zeigt bei positivem Ausfall nach einer Viertelstunde eine deutliche milchige Trübung, bei negativem Ausfall nur leichte Opaleszenz.

Löwenberg fand im Gegensatz zu de la Motte die Porgessche Reaktion bei Gesunden in 13,3 % positiv und erklärt demzufolge die Methode für unbrauchbar. *Götz-München.*

Die Serodiagnose der Syphilis vermittels der Reaktion von Wassermann, Neisser und Bruck, von Azevedo Gomes. (*Archivos do Instituto Bacteriologica Camara Testana.* Lissabon. 1911. Bd. III, Heft 2.) Die Arbeit enthält keine neuen Tatsachen. *Gunsett-Strafsburg.*

Refraktometrische Serumuntersuchungen bei Lues und an der Leiche, von Guth-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.) Es wurden Eiweifsbestimmungen mit Hilfe des Pulfrichschen Eintauchrefraktometers vorgenommen. Bei Lues zeigte sich eine leichte Steigerung des Eiweifsgehaltes des Serums und des Plasmas und eine

Zunahme des Fibrinogens. Das Verhalten der Eiweifskörper in der Leiche zeigt dagegen weder für ein bestimmtes Alter noch eine Krankheit irgendeine Konstante.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Theorie und Praxis der Wassermannschen Reaktion, von J. Eliasberg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 15.) Auf Grund seiner Untersuchungen schreibt der Verfasser der Komplementablenkung einen grofsen Wert für Diagnose und Differentialdiagnose der Syphilis, besonders aber für die Erkrankungen des Zentralnervensystems zu, aber nur einen bedingten Wert für Prognose und Therapie.

Richard Frühwald-Leipzig.

Der praktische Wert der Wassermannschen Reaktion, von S. Bormann. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) Die Wassermannsche Reaktion ist ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, aber als Indikator für die Therapie derzeit noch unbrauchbar.

Richard Frühwald-Leipzig.

Das Wesen der Wassermannschen Reaktion, von Julius Citron und Fritz Munk-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.)

Das Wesen der Wassermannschen Reaktion. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Citron und Munk, von Ludwig Meyer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Citron hat von Anfang an daran festgehalten, dafs sich im wäfsrigen Extrakt aus der Leber hereditär-luetischer Föten ein echtes Antigen findet, dafs die Reagine im Serum der Luetiker echte Antikörper, dagegen die alkoholischen oder wäfsrigen Extrakte normaler Organe oder die einfachen Lipoide nur „Antigensurrogate" sind die wohl in vitro das echte Antigen ersetzen können, aber biologisch ihm nicht gleichgestellt werden dürfen. Versuche, die C. und M. an Kaninchen vorgenommen haben, erwiesen die Richtigkeit dieser Anschauungen; sie ergaben folgendes:

1. Die Injektion von wäfsrigem Extrakt aus luetischer Fötalleber regt beim Kaninchen die Bildung von Antikörpern an, die in vitro mit alkoholischem Extrakt normaler Meerschweinchenherzen Komplementbindung geben.

2. Die Injektion von alkoholischem Extrakt aus normalen Meerschweinchenherzen bewirkt keine Antikörperbildung.

3. Die Injektion von wäfsrigem Extrakt aus normalen Fötallebern führt nicht zur Bildung von Antikörpern, welche mit alkoholischem Herzextrakt reagieren.

4. Die Bezeichnung „Antigen" darf daher nur dem wäfsrigen Extrakt fötaler Luesleber zugesprochen werden.

5. Die reagierenden Substanzen der Luetikersera, die vollkommen analog den von experimentell erzeugten Kaninchenantikörpern sind, sind echte Antikörper.

6. Das schnelle Verschwinden der Luesantikörper, wenn der Injektionsreiz abgeklungen ist, das deutliche Wiederansteigen des Antikörpertiters, wenn neues Antigen eingespritzt wird, entspricht völlig dem Verschwinden der Luesreagine aus dem Serum nach einer erfolgreichen spezifischen Kur, dem Wiederauftreten der Reaktion bei einem Rezidiv.

7. Das ziemlich schnelle spontane Verschwinden der Antikörper bei der Immunisierung mit sterilem Antigenextrakt einerseits und das dauernde Vorhandensein der Luesreagine im Serum infizierter und nicht oder schlecht behandelter Luetiker anderseits spricht zugunsten der Auffassung Citrons, dafs die positive Wassermannsche Reaktion fast stets ein Zeichen noch aktiver Syphilis ist.

Meyer hat ähnliche Versuche an Kaninchen vorgenommen, ist aber zu dem Resultat gelangt, dafs derartige Experimente Schlufsfolgerungen in Bezug auf Antikörperbildung im Wassermannschen Sinne nicht gestatten; die Verhältnisse liegen beim Kaninchen ganz anders als beim Menschen. Angesichts seiner Versuche an 18 Kaninchen, von denen nach Injektion von Normalextrakt sieben positiv und elf

negativ reagierten, und angesichts des Umstandes, dafs Kaninchen schon an und für sich häufig positiv reagieren, protestiert M. gegen die Behauptung CITRONS und MUNKS, dafs ihre Versuche erwiesen hätten, wäfsriger Luesleberextrakt sei wahres Antigen, die Normalextrakte nur Antigensurrogate. *Götz-München.*

Eine einfache Modifikation der WASSERMANNschen Reaktion, von C. BIRT. (*Journ. of. roy. army med. corps.* Okt. 1910.) Bei dieser Modifikation besteht das hämolytische System aus dem im menschlichen Serum enthaltenen Komplement, menschenblutlösendem Kaninchenserum und einer kleinen Menge der Blutkörperchen des zu untersuchenden Blutes. Als Antigen dient Meerschweinchenherzextrakt. Verglichen mit der Originalmethode hat diese Modifikation zuverlässige Resultate ergeben, ja sich etwas feiner erwiesen. Sie enthält weniger Fehlerquellen als die Methoden mit natürlichem Amboceptor gegen Hammel- oder Meerschweinchenblutkörperchen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über die praktische Brauchbarkeit der WASSERMANNschen Reaktion mit Berücksichtigung der STERNschen Modifikation, von F. HAYN und A. SCHMIDT-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Verfasser geben eine Analyse ihrer in etwa Jahresfrist durchgeführten Beobachtungen mit der WASSERMANNschen Reaktion bei syphilitischem und nicht syphilitischem Krankenmaterial; ferner berichten sie über Kontrollproben, welche sie bei 800 Seren mit der STERNschen Modifikation ausführten. Aus den im Referat nicht darlegbaren Einzelheiten ziehen sie die Folgerung, dafs letzteres Verfahren für sich allein ausgeführt keine genügende diagnostische Sicherheit bietet, und dafs überhaupt die Serumprobe nur an einem mit sämtlichen technischen Hilfsmitteln ausgestatteten Institut und seitens gründlich geübter Untersucher ausführbar ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Technisches zur WASSERMANNschen Reaktion, von ARTHUR ALEXANDER-Charlottenburg. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 5.) Verfasser arbeitet nur nach der ursprünglichen Methode und mit alkoholischem Extrakt aus spirochätenhaltigen Lebern. Den Vorschlag SELIGMANNS, sämtliche Seren gegen eine Reihe von Extrakten zu prüfen und sie nur dann als positiv zu bezeichnen, wenn die Resultate übereinstimmend mit allen Extrakten positiv sind, betrachtet er als zu weitgehend, da es sich um individuelle unbekannte Zufälligkeiten in der Affinität der einzelnen Sera zu den Extrakten handeln kann. Es ist für die Praxis gut, jedes Serum mit drei bis vier Extrakten zu untersuchen und bei verschiedenen Resultaten im allgemeinen die positiven Ausschläge als entscheidend zu bewerten. Störungen können durch die Verschiedenheit des Komplementgehaltes des Meerschweinchenserums bedingt sein. Den Modifikationen, welche die Ausführung der Reaktion in die Hand jedes Arztes legen wollen, wie z. B. die nach v. DUNGERN, wird keinerlei Bedeutung zuerkannt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über den praktischen Wert der WASSERMANNschen Serumreaktion, von JULES STEINHAUS-Brüssel. (*La Policlinique.* 1911. Nr. 5.) Die WASSERMANNsche Reaktion ist hauptsächlich von Bedeutung bei Syphilis ignorata und bei tertiärer Lues, wenn die Differentialdiagnose Schwierigkeiten bietet. Positiver Ausfall ist praktisch ein sicheres Zeichen von Syphilis, aber nicht der unbedingt syphilitischen Natur einer bestimmten Läsion. Bei negativem Ausfall sind die Möglichkeiten, dafs keine Syphilis vorliegt, grofs. Eine Umwandlung der positiven in eine negative Reaktion im Anschlufs an eine Behandlung, beweist nichts für eine definitive Heilung. *Gunsett-Strafsburg.*

Die klinisch-laboratorielle Praxis der WASSERMANNschen Reaktion, von FINKELSTEIN. (*Med. Obosrenje.* 1911. S. 159.) Auf Grund der Untersuchung von 845 Fällen, die teils dem BLUMENTHALschen Privatlaboratorium, teils dem MJASSNITZKI-Krankenhaus angehörten, kommt F. in seiner Arbeit zu folgenden Schlufssätzen:

1. Die stark ausgesprochene Wassermannsche Reaktion ist bei Benutzung des wässserigen syphilitischen Antigens klinisch spezifisch, da sie bei Syphilitikern aller Stadien beobachtet wird und weder bei Kranken anderer Art, noch bei Gesunden vorkommt.

2. Die stark positive Reaktion bestätigt mit absoluter Gewifsheit das Vorhandensein der Syphilis (manifester oder latenter).

3. Die negative Reaktion schliefst Syphilis nicht aus.

4. Unter dem Einflufs der Behandlung kann, je nach der Intensität derselben, die Wassermannsche Reaktion schwächer werden oder ganz schwinden.

5. Eine schwach positive Reaktion wird auch bei anderen Krankheiten beobachtet (Geschwülsten tuberkulöser Art) und ist daher nur für Kranke mit luetischer Anamnese von Bedeutung.

6. Bei Ausführung der Reaktion soll man nicht von der von Wassermann angegebenen Technik abweichen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Anwendung der Wassermannschen Reaktion zur Diagnose der Syphilis Neugeborener, von Calmette, Breton und Couvreur. (*Bull. méd.* 1911. S. 206.) Verfasser weisen auf die Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion in Entbindungsanstalten hin, da eine syphilitische Mutter bei der Entbindung symptomfrei sein kann und auch ein hereditär-syphilitisches Kind bei der Geburt noch keine Erscheinungen aufzuweisen braucht. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Wassermannsche Probe, von C. Fraenkel-Halle a. S. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 14.) Die Technik des Verfahrens wird genau beschrieben. Verfasser benutzt stets drei Extrakte nebeneinander (aus Syphilisorgan, Normalleber (Mensch) und Rinderherz). Er erkennt der Sternschen Modifikation ihren zweifellosen Wert zu.

Von symptomlosen Prostituierten hatten $^3/_4$ positiven Wassermann und Verfasser weist auf die Wichtigkeit der Reaktion für die Prostituierten in medizinalpolizeilicher Beziehung hin. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Apparatur und Technik der Wassermannschen Reaktion, von P. Schmidt-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 15.) Als eine grofse Erleichterung der Technik dieser Reaktion empfiehlt Verfasser die auch von Wassermann selbst sanktionierte Verwendung des Wasserbades von 37° C. statt des Brutschrankes. Die Bindungsdauer wird von dem sonst nötigen einstündigen Zeitraum auf 20 Minuten herabgesetzt. Ein sehr zweckmäfsiges Wasserbad mit vorderer und hinterer Glaswand zur Aufnahme von vier Reagenzglasgestellen mit je zwölf Röhrchen nebst Zubehör wurde dem Verfasser von der Firma Hugershoff in Leipzig angefertigt und hat sich in jeder Beziehung, nicht am wenigsten auch zu Demonstrationszwecken, sehr bewährt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Mechanismus der Wassermannschen Reaktion, von Spät. (*Folia serolog.* Bd. V, Nr. 4.) Aus den Versuchen des Verfassers geht in eindeutiger Weise hervor, dafs im Verlauf der Wassermannschen Reaktion, ähnlich wie bei Komplementbindungsversuchen mit Bakterienextrakt und Immunserum eine Bindung zwischen dem alkoholischen Extrakt vom Meerschweinchenherzen und dem luetischen Serum nicht zustande kommt. Die Untersuchungen bieten für die Vermutung, die Weil und Braun in ihren ersten Arbeiten ausgesprochen haben, dafs es sich um eine Antikörperreaktion handelt, insofern eine Bestätigung, als sie eine vollkommene Analogie zwischen der in Rede stehenden Reaktion und der Komplementbildung mit spezifischen Immunseris nachweisen. Verfasser sieht in dem Verhalten syphilitischer Sera eine absolute Übereinstimmung mit Immunseris, die sich vor allem in dem Umstand kund gibt, dafs beide, wenn das Antigen in gelöster Form vorliegt, bei der Reaktion nicht gebunden werden, sondern — ähnlich wie Fermente — lediglich durch ihre Anwesenheit mitwirken. Die Wassermann-Reaktion ist also eine Antigen-Antikörperreaktion. *Haas-Hamburg.*

Über die Modifikation der WASSERMANNschen Reaktion nach v. DUNGERN, von OTTO ROTH-Zürich. (*Corresp. Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1911. Nr. 8.) Das v. DUNGERNsche Verfahren ist weniger empfindlich, als die Originalmethode; der Verfasser empfiehlt es für kleine Krankenhäuser, denen kein serologisches Institut zur Verfügung steht, und für Fälle, in denen aus irgendwelchen Gründen unmöglich die für die Originalmethode notwendige Blutmenge zu erhalten ist. *Schourp-Danzig.*

Diagnose und Therapie der Syphilis, von HEINRICH LIEVEN. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1911. S. 127.) Enthält eine kurze Besprechung der WASSERMANNschen Reaktion und im wesentlichen Angaben über Salvarsan. (Die klinischen Anhaltspunkte für die Diagnose der Syphilis sind doch etwas schlecht weggekommen. D. Ref.) *Richard Frühwald-Leipzig.*

Kritische Übersicht über die neuen Hilfsmittel zur praktischen Diagnostizierung der Syphilis, von J. NICOLAS und H. MOUTOT-Lyon. (*Journ. méd. franç.* 15. April 1910.) Die Autoren geben eine kurze Beschreibung und kritische Würdigung der bei der Syphilisdiagnosenstellung in neuerer Zeit in Betracht kommenden Verfahren wie Aufsuchung der Spirochaeta, Tierimpfung, Histopathologie und Cytologie der Cerebrospinalflüssigkeit, Serodiagnose und Intradermoreaktion mit Syphilin. Letztere wurde besonders von einem der Autoren (NICOLAS) erprobt. Als „Syphilin" dient ein auf 120° erhitztes, konzentriertes Glycerinextrakt einer spirochätenreichen heredoluetischen Leber.

Intradermo- und Cutireaktionen wurden nach den Methoden von MANTOUX und von PIRQUET bei 29 Syphilitikern und 9 Gesunden vorgenommen. Die Cutireaktionen gaben gar kein Resultat, wohl aber die Intradermoreaktionen. Bei den 29 Syphilitikern wurde 13mal eine stark positive (Rötung und Infiltration mit Knoten), 4mal eine schwach positive (Rötung und leichte Infiltration), 5mal eine zweifelhafte und 7mal eine negative Reaktion erhalten. Sie war stark positiv bei fünf Tertiären und einem Parasyphilitiker, von zwei Primären war der eine leicht positiv, der andere negativ. Bei den neun zur Kontrolle geimpften Gesunden war die Reaktion immer absolut negativ, aufser bei einem siebenjährigen Knaben mit Blennorrhoe, wo sie sehr schwach, zweifelhaft war. Für diese Intradermoreaktionen wurde das Syphilin zur Hälfte oder auf ein Drittel mit 7‰iger Kochsalzlösung verdünnt. *Gunsett-Strafsburg.*

Reaktion Syphilitischer auf Tuberkulin, von J. NICOLAS, M. FAVRE und L. CHARLET. (*Bull. et mem. d. l. soc. méd. des hôpit. de Paris.* 11. März 1910.) Verfasser haben bei einer Reihe von Syphilitikern die Intradermo- und Cutireaktion mit Tuberkulin angestellt. Die gewonnenen Resultate führen sie zu dem Schlusse, dafs keine der beiden Methoden geeignet ist, die Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und tuberkulösen Erscheinungen zu stellen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Reaktion Syphilitischer auf subcutane Tuberkulininjektionen, von J. NICOLAS und FAVRE. (*Bull. med.* 1911. S. 115.) Die Verfasser haben gefunden, dafs von elf Kranken in den verschiedenen Stadien der Syphilis zehn auf subcutane Injektion kleiner Tuberkulindosen mit beträchtlichen Temperatursteigerungen reagierten. Man mufs deshalb bei diesen Reaktionen vorsichtig mit der Diagnose Tuberkulose sein, es sei denn, man bezeichne alle Syphilitiker als latent tuberkulös.

Richard Frühwald-Leipzig.

Intradermo- und Cutireaktion mit Syphiline bei Syphilitikern, von NICOLAS, FAVRE und GAUTIER. (*Compt. rend. des séances d. l. soc. de biol.* 12. Febr. 1910.) Die Verfasser stellen sich aus hereditärsyphilitischer Leber einen Glycerinextrakt her, den sie Syphiline benennen. Dieser Extrakt, zu einem Drittel mit physiologischer Kochsalzlösung gemischt, wurde zur Anstellung der genannten Reaktionen in zwölf Fällen benutzt. Die Cutireaktion ergab kein Resultat, die Intradermoreaktion

dagegen sieben stark positive (Rötung und knötchenartige Infiltration), vier schwache und ein negatives Resultat. Die Kontrollimpfungen blieben negativ.
Richard Frühwald-Leipzig.

Intradermo- und Cutireaktion mit Syphiline bei Syphilitikern, von J. NICOLAS, M. FAVRE, CL. GAUTIER und L. CHARLET. (*Bull. et mém. d. l. soc. méd. des hôpit. de Paris.* 25. Febr. 1910.) Während die Cutireaktion keine sicheren Resultate ergab, war die Intradermoreaktion bei Leuten mit verallgemeinerter Syphilis konstant. Bei primärer Syphilis ist sie nicht so sicher. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Vergleich der Resultate bei Intradermoreaktion mit Syphiline und bei WASSERMANN, von J. NICOLAS, M. FAVRE und L. CHARLET. (*Bull. et mém. d. l. soc. méd. des hôpit. de Paris.* 29. April 1910.) Verfasser haben bei 50 Patienten die Intradermoreaktion mit Syphiline und gleichzeitig die WASSERMANNsche Reaktion angestellt. 42 mal war das Resultat gleichlautend und nur 8 mal entgegengesetzt. Von diesen sind zwei Fälle zweifelhaft, fünf sprechen zugunsten der Syphiline, einer zugunsten WASSERMANNS. Beschreibung der Darstellung der Syphiline. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Erfahrungen mit Hektin bei Syphilis, von C. RAVASINI-Triest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 2.) Das als Hektin bezeichnete Arsenpräparat, von MOUNEYRAT, HALLOPEAU und einigen anderen Autoren empfohlen, verdient nach R.s Erfahrungen, die sich allerdings nur auf fünf Fälle, was den vorliegenden Bericht betrifft, erstrecken, entschieden eine weitere Berücksichtigung. Bei einem Fall von Lues ulcerosa maligna praecox war der Erfolg nach 13 Injektionen glänzend. Es war dabei täglich eine Dosis von 0,2 in die Glutäalgegend gegeben worden. Bei einem anderen Fall wurden 30 Injektionen teils in das Primärsypdilid, teils in die Umgebung verabreicht, worauf der Patient, der sich für geheilt halten konnte, der weiteren Behandlung sich entzog. Allerdings ging Verfasser bei den drei anderen Fällen trotz teilweisem Erfolge zur Salvarsanbehandlung über. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Weitere Mitteilungen über die Abortivbehandlung der Syphilis durch Hektine, von HALLOPEAU. (*Bull. méd.* 1911. S. 48.) Hektine ist dem Salvarsan wegen der Konstanz in seiner Wirkung und wegen seiner Unschädlichkeit überlegen. Die Syphilis kann in 100% der Fälle durch 30 Einspritzungen in die Umgebung des Primäraffektes abortiv behandelt werden. Nach einer solchen Kur kann die Ehe erlaubt werden (!?). *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Abortivbehandlung der Syphilis, von H. HALLOPEAU. (*Bull. Gén. de Thérap.* 15. Febr. 1911.) „Der Gebrauch des Salvarsans hat unangenehme Schmerzen und schwere Gefahren zur Folge; die Zahl der Todesfälle, die ihm zugeschrieben werden, wächst stetig; andererseits ist es unzweifelhaft, dafs Mifserfolge in grofser Anzahl bei seiner Anwendung zu verzeichnen sind.“

„Was die Abortivbehandlung der Syphilis mit lokalen Hektininjektionen anbetrifft, so kann ich sagen, dafs nach zahlreichen und beweiskräftigen Beobachtungen dieselben die Entwicklung der Krankheit innerhalb 30 Tagen hemmen und sie radikal und definitiv in derselben Zeit heilen können. Ich halte die so erzielte Heilung für so vollkommen, dafs ich in einer vor kurzem erschienenen Publikation erklären konnte, dafs ich derartig behandelten Individuen viel früher als üblich den Heiratskonsens erteile. Wenn ich heute 150 Tage Wartezeit verlange, so geschieht dies aus sicher übertriebener Vorsicht in Anbetracht der bei ungenügend behandelten Individuen beobachteten Erscheinungen. Man kann als Kriterium die negative WASSERMANNsche Reaktion hinzufügen.“

Dies die Worte HALLOPEAUS. *Gunsett-Strafsburg.*

Mifserfolge mit der Abortivbehandlung der Syphilis mit Hektine, von JAMBON, MOUTET und AUGAGNEUR. (*Lyon méd.* 1911. S. 378.) Von sieben Patienten

die der Abortivbehandlung nach Hallopeau, d. i. Injektionen von Hektine um den Primäraffekt und intramuskuläre Hg-Injektionen, unterzogen worden waren, kamen zwei nach zwei bis drei Monaten mit Sekundärerscheinungen wieder zur Beobachtung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Syphilistherapie, von F. Hubbes - Kronstadt (Ungarn). (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) Verfasser verwendet Inhalationen von Quecksilberdämpfen, welche er durch Erhitzen von Zinnober (oder auch Quecksilberoxyd), das mit einer entsprechenden Menge von chemisch reinem Eisen vermengt ist, erzeugt. Der Zusatz von Eisen dient dazu, die Entwicklung von dem stark toxischen Schwefeldioxyd zu verhindern. Die Sitzungen werden zweimal täglich vorgenommen, und in vier bis fünf Tagen sollen auf diese Weise auch luetische Läsionen schwerster Art prompt zu definitiver Heilung gelangen. Einige genauere Details über die Anwendungsweise und klinische Einzelheiten würden dem Artikel gröfseren Wert verleihen (Ref.).

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die merkurielle Behandlung der Syphilis, von J. Nicolas. (*Consult. méd. franç.* 1911. Nr. 16.) Kurze Zusammenfassung der gebräuchlichsten Methoden der Quecksilberbehandlung, ihrer Technik und der notwendigen Vorsichtsmafsregeln.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über Quecksilberreaktionen bei sekundärer Lues, von Julius Baum-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Über das Wesen der sogenannten Herxheimerschen Reaktion, auf die vorher schon von Jarisch, Jadassohn und Rille hingewiesen wurde, hat sich Herxheimer zuerst in dem Sinne geäufsert, dafs sie durch eine Überempfindlichkeit der syphilitisch erkrankten Zelle gegenüber dem Hg hervorgerufen wird, d. h. dadurch, dafs das Hg bei seiner Bindung in der syphilitisch erkrankten Zelle eine gröfsere Schädigung hervorruft. Er glaubte, das Hg den Toxinen an die Seite Stellen zu dürfen, die an die giftemfindlichen Zellen gebunden werden.

Neuerdings fafst er jedoch das Wesen der Reaktion als eine Endotoxinwirkung auf. Durch die Hg-Wirkung sterben Spirochäten ab, Endotoxine werden plötzlich in grofser Menge frei und diese bewirken die Reaktion.

Das auslösende Agens war also im ersten Falle das Hg selbst, im zweiten die kumulierte Giftwirkung der Spirochäte.

Verfasser sah in einer Anzahl von Fällen Reaktionen auftreten, die sich der Roseolareaktion anreihen: so bei Plaques auf den Tonsillen. Ferner deutet er die nach Beginn der Hg-Therapie bei sekundärer Lues gelegentlich auftretenden Synovitiden, Periostitiden, Tendovaginitiden und Arthritiden als latente sekundärluetische Herde, die unter der Wirkung des Hg reagierten. Am häufigsten beobachtete er die Erscheinungen bei der ersten Hg-Kur (jeder Art der Hg-Applikation), gelegentlich erst nach der dritten bis sechsten Injektion.

Als reine Hg-Wirkung sind derartige Erscheinungen nicht bekannt.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Behandlung der Syphilis mit Quecksilberglidine, von J. Matsumato und Richard Frühwald-Leipzig. (*Klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 10—12.) Quecksilberglidine wirkt prompt in Fällen von sekundärer Syphilis speziell auf deren cutane Symptome ein und bringt sie zum Verschwinden. Natürlich ist die hierzu erforderliche Zeit, wie meistens bei der internen Quecksilberdarreichung, länger als bei der Inunktions- oder Injektionskur. Schwerere Syphilisformen leisten der Therapie mit Quecksilberglidine noch länger Widerstand, obwohl auch sie zum völligen Abheilen gebracht werden können. Dementsprechend eignet sich die Hg-Glidine nicht für die Behandlung ganz schwerer uud bedrohlicher Syphilisformen und wird bei diesen die externen Methoden der Hg-Anwendung nicht ersetzen können. *Schourp-Danzig.*

Ein schwerer Fall von Idiosynkrasie für antiluetische Kuren, von EN. FÜRÉSZ - Miskoliz. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 51.) Ein 34jähriger Tagelöhner zeigte Idiosynkrasie nicht nur der kleinsten Dosis Quecksilber, sondern auch den verschiedensten Jodpräparaten gegenüber, so dafs drei Viertel Jahre notwendig waren, bis der Patient die schwere Vergiftung überstanden hatte. Sclerosis glandis. Spirochätenbefund positiv. Nach einer einzigen Einreibung von Unguentum hydrargyri cinerei (3 g) trat am nächsten Tage 39° C überschreitende Temperatur auf. Aufsergewöhnlich starker Speichelflufs. Die Speicheldrüsen sind geschwollen, Schluckbeschwerden, das Mundöffnen ist schmerzhaft. Das Zahnfleisch ist gedunsen, locker und mit grauem Belag bedeckt. Aus dem Munde strömt unangenehmer Gestank. Die Sprache ist wegen der stark geschwollenen Zunge unverständlich. Häufige, sehr schmerzhafte Stuhlentleerung, die sich an diesem Tage 15 mal wiederholte und oft blutig war. In der Nacht war Patient unruhig, gereizt. Urin hat stark abgenommen. Eiweifs nach ESBACH 6,50‰. Im Satz Hyalin- und Fettcylinder. In zwei Monaten war der Patient wieder hergestellt, so dafs alle Symptome der Quecksilberintoxikation verschwunden waren. Aber um so heftiger traten die luetischen Symptome auf. Maculo-papulöse Ausschläge, die am Halse zu einem Infiltrate zusammengeflossen sind. Syphilitische Ausschläge waren auf dem ganzen Gesicht, in der Nase, im Mund, am Kinn, auf der Stirn. Auf dem Nacken und dem Scheitel zerfielen die Knoten und waren ulcerös. Am After Condylomata lata, Plaques im Munde. Patient bekam täglich dreimal einen Efslöffel von einer 5%igen Jodkaliumlösung. Nach zweitägigem Gebrauch auf die ganze Haut sich erstreckende Jodakne, Rhinitis, Conjunctivitis, Bronchitis. An dem Patienten wurde sodann eine Mastkur vorgenommen. Die makulösen Ausschläge bildeten sich bald zurück, aber um so gröfsere Defekte entstanden auf dem Gesicht, dem Scheitel und um den After herum. Patient hat 5 k zugenommen. Fünf Monate nach der Quecksilberkur wurden auf die ulcerösen Flächen, auf einige Wunden Quecksilberpflaster gelegt, aber es stellte sich sofort Quecksilberintoxikation ein. Nach Jodlecitin, Jodfersan, Jodipin, Sajodin trat Jodismus auf. ¼%iges Sublimat wurde zwischen die Glutei injiziert. Auch darauf reagiert Patient. Salvarsan war noch nicht entdeckt. Verfasser gab Atoxyl 0,20 Anfangsdosis. Patient vertrug es gut. Die Dosis wurde allmählich bis zur Gesamtdosis von 5 g erhöht. Auch lokal wurde Atoxylsalbe angewendet. Heilung trat in zwei Monaten ein. Patient verliefs nach neunmonatlicher Behandlung mit einer Gewichtszunahme von 10 k das Spital. Aus dieser Krankengeschichte ist ersichtlich, dafs uns ein Heilmittel, das mit Quecksilber gleichwertig, not tut.

Porosz-Budapest.

Reaktionsfähigkeit des Organismus und Luesbehandlung, von H. HECHT-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Als wohl die hauptsächlichste Ursache für das Versagen unserer therapeutischen Hülfsmittel gegen Lues, namentlich wenn dieselben in schematischer Weise angewandt werden, wird von H. in dieser Abhandlung in erster Linie die gelegentliche Unfähigkeit des Organismus, die nötigen Antikörper zu produzieren, hervorgehoben. Er demonstriert dies an zwei Krankengeschichten, bei denen trotz manifester Syphilis die Seroreaktion negativ war, und bei diesem Verhalten die mit Quecksilberpräparaten und anderen antiluetischen Mitteln durchgeführte Behandlung durchaus versagte. In dem einen Fall trat Genesung ein, als nach einer längeren Pause die Serumreaktion positiv geworden war, unter alsdann eingeleiteter Schmierkur. Der zweite Fall gelangte bei Salvarsanbehandlung unter Eintritt eines positiven Ausfalls der Serumprobe zur Heilung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Warum, wann und wie sind die Schwefelwässer bei Syphilitikern anzuwenden? von SIMON-Uriage und AMEUILLE. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 21.) Der

Gebrauch der Schwefel- und der Chlorschwefelwässer bewirkt, dafs Quecksilber besser vertragen und besser ausgenutzt und das im Körper retinierte Quecksilber rascher ausgeschieden wird. Schwefelwasserkuren zu Hause oder besser noch am Badeplatz sind daher während der Quecksilberbehandlung bei allen Syphilitikern indiziert, die Quecksilber schlecht vertragen, die nur selten zur Kontrolle zum Arzt kommen können, die mit Quecksilber gesättigt sind, die leicht Stomatitis oder subcutane Knötchen bekommen, besonders aber bei Syphilitikern, bei denen eine intensive Quecksilberbehandlung nötig erscheint. *Götz-München.*

Über günstige Heilwirkung des Jodipins bei schwerer Syphilis, von Buss-Bremen. (*Ther. Monatsh.* Dez. 1910.) Subcutane Jodipininjektionen zeigten auffallend günstige Heilwirkung in einem Falle von syphilitischer Nephritis mit starken Ödemen, einem Fall von syphilitischer Spinalparalyse und einem Fall von Arthritis auf luetischer Basis. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ist das Asurol dem Hydrargyrum salicylicum vorzuziehen? Von Kunst-Dresden. (*Klin. ther. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) Nach des Verfassers Beobachtungen ist das Asurol keineswegs dem Hydrargyrum salicylicum bezüglich seiner therapeutischen Wirkungen überlegen; hinsichtlich seiner örtlichen und allgemeinen Bekömmlichkeit bleibt es weit hinter ihm; K. räumt dem Asurol nur den einen Vorzug ein, dass es als lösliches Quecksilbersalz nicht die Gefahr der Embolie in sich birgt, die sich aber auch bei Anwendung von Hg. Salicylicum vermeiden läfst. *Schourp-Danzig.*

Zur praktischen Bewertung des Asurols, von Theodor Mayer-Berlin (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 12.) Verfasser sah nach Asurolinjektionen schnell eintretende Heilung. Die Nachhaltigkeit bewertet er gering und empfiehlt Abwechselung mit anderen Hg-Kuren. *Arthur Schucht-Danzig.*

Natrium cacodylicum bei Syphilis, von Harry A. Schirrmann - Portsmouth, Ohio. (*New York med. Journ.* 8. April 1911.) Sch. berichtet über drei Fälle von Syphilis, wovon es sich bei zweien um hartnäckige tertiäre Syphilis und bei einem um primären Schanker handelte und welche alle durch Natrium cacodylicum in Dosen von 0,2 g (subcutan) mit wunderbarem Erfolge behandelt worden sind. Unter den 200 Fällen von Syphilis, welche Sch. in den letzten zwei Jahren gesehen hat, war keiner, der solch eklatanten Erfolg aufwies wie die mit Natrium cacodylicum behandelten. Andere, noch in Behandlung befindliche Fälle scheinen ebenso erfolgversprechend zu sein; aufser dem unangenehmen faulen Atemgeruch waren keinerlei Nebenerscheinungen mit Natrium cacodylicum vorhanden. *Stern-München.*

Natrium cacodylicum bei Syphilis; mit einem vorläufigen Bericht über zehn Fälle, von O. L. Suggett-St. Louis. (*New York med. Journ.* 8. April 1911.) In diesem vorläufigen Bericht kommt S. zu dem Schlusse, dafs dieses Arsenpräparat bei primärer oder frühzeitiger Sekundärsyphilis nur von geringem Erfolge war, bei einem Falle von sekundärer Spätsyphilis, einem von Hemiplegie vorzüglich und einem Falle von kongenitaler Syphilis nahezu wunderbar, ebenso vorzüglich bei einem Falle tertiärer Munderscheinungen wirkte. S. stehe daher nicht an, das Mittel vor allem bei allen Fällen kongenitaler Syphilis wärmstens zu empfehlen. Bei der Ungleichheit der übrigen Resultate müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden. Die Dosis des Natrium cacodylicum ist die gleiche, wie die des Salvarsans, es kann aber mit kleineren Dosen, die täglich injiziert werden, begonnen und allmählich auf höhere, die über 0,6 noch hinausgehen, gestiegen werden. Der Fall von Hemiplegie hat 27 Injektionen von je 0,18 g in Zwischenpausen von 1—7 Tagen erhalten, das 13 Monate alte Kind 15 Injektionen im Verlaufe von 9 Wochen, wobei mit 0,015 begonnen und in entsprechenden Zwischenpausen bis auf 0,03 gestiegen wurde. *Stern-München.*

Natrium cacodylicum bei Syphilis, von A. J. CAFFREY-Milwaukee. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56. Nr. 9.) C. wiederholt sein Lob über die gute Wirkung des Natrium cacodylicum an der Hand eines Falles von Primärsklerose der Oberlippe.

Schourp-Danzig.

Natrium cacodylicum bei tertiärer Syphilis, von Z. W. CRIGLER-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 12.) Guter Erfolg in einem Falle von Rupia syphilitica. *Schourp-Danzig.*

Salvarsan und Natrium cacodylicum, von HENRY J. NICHOLS - Washington. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 7.) Bei Kaninchen, die mit Spirochaetae pallidae geimpft waren, war Natrium cacodylicum wirkungslos. *Schourp-Danzig.*

Ist die Therapia sterilisans magna EHRLICHS in der Behandlung der Syphilis durch das Salvarsan erreichbar? von ROB. DUHOT - Brüssel. (Druck von A. Dereume, Rue du Marché 69, Brüssel 1911.) Unter 22 Fällen von primärer Syphilis wurde durch eine Salvarsaninjektion ein dauernd negativer WASSERMANN und ein rezidivfreier Zustand bei 20 Fällen erzeugt, einer blieb positiv und ein zweiter konnte nicht untersucht werden. Ferner teilt DUHOT mit: 1. 17 Fälle sekundärer Syphilis, bei denen der negative WASSERMANN ebenfalls durch eine Injektion erzielt wurde, 2. 8 Fälle sekundärer Syphilis, bei denen zwei Injektionen nötig waren, 3. 5 Fälle tertiärer Syphilis, bei denen eine bis zwei, und 4. 1 Fall von hereditärer Syphilis, bei dem eine Injektion zur Erreichung dieses Resultats nötig war.

Gunsett-Strafsburg.

Arsenfestigkeit im Laufe der Behandlung der Syphilis mit Hektine und Salvarsan, von RAVAUT und WEISSENBACH. (*Bull. et Mem. de la soc. méd. des hôpit. de Paris.* 16. Dez. 1910.) R. und W. fanden, dafs Syphilitiker, die gar nicht oder mit Quecksilber behandelt worden waren, auf Salvarsan ausgezeichnet reagierten, während solche, die Hektine bekommen hatten, nur wenig durch dieses Mittel gebessert wurden. Ebenso sahen sie, dafs eine zweite Injektion des letzteren Mittels viel weniger wirksam war als die erste. Sie konnten dies nicht nur bei den klinischen Erscheinungen feststellen, sondern auch im Lumbalpunktat zweier Patienten mit syphilitischer Hemiplegie. Der Zellreichtum des „Liquor" wurde durch die erste Injektion bedeutend herabgesetzt, durch die folgenden nur wenig beeinflufst. Die Verfasser erklären diese Erscheinungen durch Arsenfestigkeit der Spirochäten, wodurch sich auch die beobachteten Recidive in situ erklären. Deshalb nehmen sie zur weiteren Syphilisbehandlung lieber Quecksilbersalze. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Arsenik bei Syphilis, von A. HERZFELD - New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 8.) H. empfiehlt seine von ihm 1909 angegebene 1%ige Lösung von Natrium arsenicosum zur subcutanen Injektion. *Schourp-Danzig.*

Salvarsan in der Kassenpraxis, von G. J. MÜLLER-Berlin. (*Dtsch. med. Presse.* 1911. Nr. 3.) Da die Untersuchungen über Salvarsan noch nicht abgeschlossen sind, empfiehlt Verfasser dessen Anwendung in der Kassenpraxis unbedingt nur bei Spätsyphiliden der Haut, Schleimhaut, des Periosts und bei Lues maligna. Bei frischer Syphilis ist die Entscheidung von Fall zu Fall zu treffen. Anzuraten wäre die Salvarsantherapie bei häufigen und schweren Rückfällen und bei ausgedehnten Schankern und Schleimhautsyphiliden, wenn der Patient arbeiten will.

Richard Frühwald-Leipzig.

Röntgenologische Studien zur Resorption von Quecksilber- und Salvarsaninjektionen, von KARL ULLMANN und MARTIN HAUDEK-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) Nach Röntgenuntersuchungen, die im Anschlufs an die Injektion unlöslicher (schattengebender) Hg-Präparate vorgenommen wurden, ergibt sich, dafs die Resorption der gesetzten Depots weit längere Zeit erfordert, als bisher im allgemeinen

angenommen. Die subcutanen Injektionen werden im Durchschnitt etwa dreimal so langsam resorbiert als die intramuskulären. Am schnellsten wird resorbiert Hg salic., dann Kalomel, am langsamsten graues Ol.

Ähnliche Untersuchungen nach Salvarsaninjektionen zeigten fast ausnahmslos ein mehrwöchiges bis mehrmonatiges Verweilen der Arsendepots; und zwar war die Depotbildung ganz unabhängig von dem Vorhandensein manifester Infiltrationen oder gar Nekrosen. Besonders trat dies in Erscheinung nach Injektion der sauren Emulsion. Bei der Toxizität des Salvarsans erscheint es den Verfassern aufserordentlich gewagt, gröfsere Dosen davon auf einmal zu injizieren, da von den gröfseren Depots und ev. chemischer Umsetzung derselben leicht früher oder später unbeabsichtigte Wirkungen ausgehen können. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Heilwirkung von Salvarsanserum bei einem Fall von Syphilis, von C. Gibbs und E. S. Calthrop-London. (*Brit. med. Journ.* 8. April 1911.) Angeregt durch die Mitteilung von Alston über die Heilwirkung von Serum, das durch Auflegen eines Zugpflasters bei einem mit Salvarsan injizierten Framboesiakranken gewonnen war, haben Verfasser ein analoges Verfahren bei einer kachektischen und trotz geeigneter Hospitalsbehandlung immer noch mehr abnehmenden Syphilitikerin angewandt. Es wurde von Zeit zu Zeit einem anderen mit intravenöser Injektion von Salvarsan kurz zuvor behandelten Syphiliskranken ein Kantharidenpflaster aufs Abdomen appliziert. Von dem so gewonnenen Serum gab man dann Injektionen in Quantitäten von 10—25 ccm; es trat alsbald eine Besserung ein, und nach fünf Injektionen war die Genesung gut im Gange. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Frage der Neurotropie des Salvarsans, von Géronne und Gutmann-Wiesbaden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) Die Verfasser beschreiben ausführlich 13 Fälle, welche denen ähnlich sind, wie sie letzthin nach Salvarsanbehandlung auftretend beschrieben sind. Sie sprechen alle Erscheinungen einschliefslich der von seiten des Akustikus als Manifestationen der Syphilis an. Auffallend erscheint ihnen dennoch die Tatsache, dafs diese Art von Rezidiven jetzt so häufig und in einem so frühen Stadium der Syphilis beobachtet werden. Eine Arsenintoxikation läfst sich jedoch ausschliefsen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über cutane Frührezidive der Syphilis nach Salvarsanbehandlung, von Bettmann-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Bei Syphilitikern, die in der zweiten Inkubationsperiode oder in der ersten Sekundärzeit mit Salvarsan behandelt worden sind, sah B. ziemlich häufig Frührezidive, die in mancher Beziehung Eigentümlichkeiten erkennen liefsen. Zuweilen beschränkt sich die Eruption auf wenige, oft nur auf ein bis zwei Herde, zuweilen erschöpft sie sich in einem oder zwei kleinen Schleimhautplaques. In manchen Fällen sind die Salvarsanrezidive speziell an den Extremitäten, und zwar besonders an den Vorderarmen und Unterschenkeln lokalisiert, in einer anderen Gruppe von Fällen halten sich die Frührezidive ausschliefslich an die Nähe des Primäraffektes. Die Eruption hat oft psoriasiformen Charakter, sie besteht entweder aus Riesenpapeln, in denen es zu zentraler Schuppenbildung kommt, oder aus einzelnen Herden gruppierter kleiner Papeln, die sich zu circinären, serpiginösen oder kokardenartigen Formen zusammenordnen und ebenfalls bald Schuppung aufweisen. Diese Frührezidive, die nach jeder Injektionsmethode und auch nach wiederholten Einspritzungen vorkommen, können sehr hartnäckig sein und sich sowohl gegen abermalige Salvarsaninjektionen wie gegen Quecksilber resistent verhalten. Sie scheinen einem unerwünschten Verlauf der Lues zu entsprechen, indem sie Formen vorwegnehmen, die späteren Perioden der Krankheit angehören. Nimmt man dazu, dafs nach Salvarsanbehandlung Neurorezidive, speziell Augenmuskellähmungen und Akustikusstörungen häufiger und früher als nach Quecksilberkuren

auftreten, so kann man sich der Befürchtung nicht entschlagen, dafs sich die Lues in einzelnen Fällen gerade infolge der neuen Behandlungsmethode ungünstiger gestaltet. Vielleicht glückt es, durch Kombinierung der Salvarsan- und der Quecksilberbehandlung dieser Entwicklung vorzubeugen. *Götz-München.*

Über die Neurorezidive nach Salvarsan, über Abortivbehandlung und weitere Erfahrungen, von Werther-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) W. schliefst sich der Ansicht Ehrlichs in bezug auf die Neurorezidive der Luetiker nach Salvarsanbehandlung an; er führt einige Fälle aus seinem Beobachtungsmaterial an, bei denen eine erneute Salvarsandarreichung von günstigster Wirkung war, ohne allerdings behaupten zu wollen, dafs man immer mit voller Sicherheit auf einen ausgesprochenen Erfolg rechnen kann. Andererseits schildert er einige prägnante Fälle von frühzeitiger Affektion der Hirnnerven, welche von ihm schon vor der Salvarsanperiode beobachtet worden sind. In bezug auf die Dosierung hat Verfasser schon seit längerer Zeit statt der einmaligen Injektion als einleitende Therapie eine gröfsere Dosis 0,4—0,6 intravenös gegeben und gleichzeitig als Depot 0,2 injiziert, um nach kurzer Zeit wieder intravenös zu injizieren. Sind, wie bei Frauen namentlich es öfters vorkommt, die Venen schlecht aufzufinden, so gibt er an mehreren Stellen 0,2 intramuskulär oder subcutan. Bei Darreichung von 0,9—1,4 auf zweimal ist es ihm schon bei acht Fällen von Primärsyphilid mit positivem Spirochätenbefund geglückt, eine Abortivwirkung zu erzielen, indem nach jetzt drei bis sechs Monaten bei ihnen keine Sekundärerscheinungen hervorgetreten sind und die Wassermannsche Reaktion negativ geblieben ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Statistik und Therapie der Neurorezidive unter Salvarsanbehandlung, von J. Benario-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 14.) Zur Klärung dieser Frage hat sich Verfasser aus der neuesten Literatur sowie durch Aussendung eines Fragebogens ein Material zusammengestellt, das 126 Fälle von Erkrankung von Gehirnnerven unter 14000 mit Salvarsan behandelten Luetikern umfafst. Als Quintessenz der ganzen Arbeit ist festzustellen, dafs dem Salvarsan an sich keine schädigende Wirkung auf die Nervensubstanz zuzuschreiben ist. Die Zahl der (bei der jetzt ganz zweifellos erheblich verschärften Beobachtung und Registrierung aller vorkommenden Affektionen dieser Art) gemeldeten Störungen ist keineswegs wesentlich gröfser, als dies von früheren Autoren, wie Naunyn z. B. und Mauriac, angegeben ist. Auch müfste, falls das Salvarsan tatsächlich ein Nervengift darstellte, die Wirkung sich doch wohl schon bei den damit behandelten Patienten im Primärstadium mit gröfserer Häufigkeit äufsern, was tatsächlich aber nicht der Fall ist, indem nur 4,2% der Neuritiden auf die Periode des Primärstadiums entfielen, während 18,6% der Fälle dem kombinierten Primär-Sekundärstadium angehörten und 77,2% einem späteren Zeitpunkt zuzurechnen sind. Verfasser schliefst sich der Ehrlichschen Ansicht, dafs es sich bei diesen Neurorezidiven nicht um eine Arsenintoxikation, sondern um eine Reizwirkung der von dem Medikament infolge von lokalen, speziellen, anatomischen Verhältnissen unbeeinflufst gebliebenen Spirochätenherden handelt, vollkommen an. In therapeutischer Beziehung ist aus diesen sehr ausführlichen Untersuchungen zu entnehmen, dafs man gut tun wird, alle die die Gehirnnerven speziell affizierenden Schädlichkeiten (Alkohol, Nikotin, spezifische Reizungen der Gehör- und der Sehorgane usw.) bei vorhandener luetischer Infektion zu meiden, und dafs man in vielen Fällen mit Vorteil die Salvarsanbehandlung zugleich mit einer Quecksilber- oder Jodkaliumkur verbinden wird. In einem Nachtrag verweist Verfasser noch auf die von O. Meyer und von Frey erschienenen neuesten Publikationen über Gehörstörungen bei Syphilitikern, welche eine weitere Stütze seiner Auffassung abgeben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die ungenügende Dauerwirkung der neutralen Suspension von Salvarsan bei Syphilis, von THOMAS v. MARSCHALKÓ-Klausenburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) Nach den Erfahrungen M.s lassen sich mit der subcutanen oder intramuskulären Injektion neutraler Salvarsansuspensionen Dauererfolge zumeist nicht erzielen; das beweist die grofse Zahl der Rezidive und noch schlagender das Verhalten der WASSERMANNschen Reaktion. Es sollten daher die subcutanen und intramuskulären Injektionen ganz verlassen und durch die intravenösen Einspritzungen ersetzt werden. M. injiziert intravenös nur 0,35—0,4, wiederholt aber die Einspritzung, wenn es nötig ist, ein- oder mehrmals. Sehr zu empfehlen ist die Kombinierung dieser Salvarsanapplikation mit der Quecksilberbehandlung. *Götz-München.*

Eine einfache Methode zur Herstellung von Emulsionen des Salvarsans, von S. JESSNER-Königsberg i. Pr. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 49.) Verfasser fügt zu dem Pulver die vierfache Menge steriler, gesättigter (8%iger) Lösung von Natrium bicarbonicum. Die Mischung braust unter CO_2-Entwicklung auf und wird durch Reiben zu einer feinsten neutralen oder spurweise alkalischen Emulsion. Durch Auffüllen der fünffachen Menge physiologischer Kochsalzlösung erhält man eine 10%ige Emulsion, die vor dem Einziehen in die Spritze nochmals verrieben werden soll.

Arthur Schucht-Danzig.

Über ein 40%iges Salvarsanöl, von CARL SCHINDLER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) SCHINDLER gelang es, nach einem bestimmten Verfahren, welches auch bezüglich der Gewichts- und Volumprozente genau ausprobiert ist, ein 40%iges haltbares, steriles Salvarsanöl mit Jodipin und Lanolin. anhydr. puris. sterilisat. herzustellen, so dafs das Salvarsan in dieser Mischung in feinster, gleichmäfsiger Emulsion nach Art einer dünnen Salbe verteilt ist. Versuche an Tauben ergaben, dafs das Präparat nicht toxisch ist und sehr rasch resorbiert wird; aufserdem ist das Präparat in dieser Form offenbar sehr lange haltbar. Die Resultate bei intramuskulärer Anwendung an Kranken der NEISSERschen Klinik waren sehr günstig. Das Volumen der Injektionsmasse beträgt für 0,6 Salvarsan 1,5 ccm; das Präparat ist für gewöhnlich starr und wird erst beim Erwärmen flüssig. Das Präparat ist unter dem Namen „Joda" aus der Dr. Kadeschen Apotheke, Berlin, Oranienplatz, zu beziehen.

Arthur Schucht-Danzig.

Eine einfache Technik, um Salvarsan in öliger Suspension darzustellen, von A. J. HART-New York. (*New York med. Journ.* 18. Febr. 1911.) H. gebraucht zur Herstellung der Suspension nur eine völlig aus Glas bestehende, dreiteilige Spritze nach dem LUERschen Typus und einen sterilen, dünnen Glasstab und benutzt die Spritze nach der Bereitung auch zur Aufbewahrung der Salvarsanmischung, zu welch letzterem Zwecke die Spitze mit sterilem, geschmolzenen Paraffin verschlossen wird. Dieses Paraffinsiegel wird durch geringes Erhitzen der Spitze mit Leichtigkeit wieder entfernt, wenn es zum Gebrauch erforderlich ist. Der Vorteil dieser Methode ist ein vielfacher: 1. Jedes bifschen Salvarsan wird benutzt; 2. die Spritze, welche zur Injektion dient, ist zugleich das graduierte Titriergefäfs und ermöglicht genaue Messung und Dosierung; 3. die geringe Anzahl sterilisierter Teile, d. h. Spritze und Glasstab, garantiert vollkommene Sterilisation; 4. das Salvarsan wird in möglichst geringem Mafse der Luft ausgesetzt. Geringes Erwärmen der Spritze und gutes Schütteln sind übrigens vor Ausführung der Injektion angezeigt. H. ist Anhänger der kleineren Dosen (3—4 dg) Salvarsan, die in entsprechenden Zwischenräumen anstatt einmaliger grofser Dosen gegeben werden. *Stern-München.*

Ölige Salvarsansuspensionen, die Technik der Methode, von S. POLLITZER-New York. (*New York med. Journ.* 4. März 1911.) P. stellt sich gleich eine gröfsere Menge von Suspension her; er gibt den Inhalt von 10 Ampullen Salvarsan in einen

sterilen Mörser und titriert das Pulver mit 15 ccm Jodipin (10%ig), wovon aber noch ein kleiner Teil reserviert wird, um die dickölige Masse in ein sterilisiertes Stöpselglas zu geben. Mörser, Mörserkeule und Öl sollten erwärmt sein. Die 6 g Salvarsan in 15 ccm Jodipin geben eine ungefähr 40%ige Suspension und 1 ccm enthält daher etwa 0,4 g Salvarsan. Dieser hohe Prozentsatz hat den Vorteil, eine genügende Dosis Salvarsan in einem relativ geringen Ölvolumen zu injizieren; denn im allgemeinen kann man sagen, dafs, je gröfser das Volumen der injizierten Masse, um so gröfser der den Geweben zugefügte Schaden und um so gröfser der Schmerz. Das dargestellte Präparat ist steril durch das im Jodipin enthaltene Jod und zwischen Salvarsan und Jod (im Jodipin) gibt es keine für ersteres schädliche Reaktion; die so hergestellte Suspension hält sich unendlich lange. P. benutzt zur Injektion eine völlig aus Glas bestehende Spritze, welche ebenso wie die Nadel bei trockener Hitze zu sterilisieren ist (20 Minuten bei 150—180° C). Der therapeutische Erfolg dieser Injektionen war oft ein überraschender, indem Papeln, Pemphigus usw. in drei bis vier Tagen zurückgingen. Die theoretische Annahme, dafs die Resorption und daher die Wirkung des Salvarsans in der Ölsuspension eine langsame sei, hält P. für nicht erwiesen. Ob sie der intravenösen Methode, die zweifellos am wenigsten Schmerzen verursacht, an Wirkung gleichkommt, kann erst nach Hunderten von Fällen beurteilt werden. *Stern-München.*

Über eine genau geeichte Spritze zur Injektion des 40%igen Salvarsanöls (Joha), von Carl Schindler-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Eine für Injektion des Schindlerschen Präparates „Joha" sehr geeignete Spritze.

Arthur Schucht-Danzig.

Eine Lanolinöl-Emulsion von Salvarsan für intramuskuläre Injektionen, von John G. Burke-Pittsburg. (*New York med. Journ.* 11. März 1911.) B. empfiehlt nach seinen Erfahrungen mit dem grauen Öl und den anderen unlöslichen Hg-Präparaten eine 10%ige Lanolin-Olivenölemulsion, indem diese Quantität Lanolin als genügend befunden wurde, um das Salvarsan in Suspension zu halten und Olivenöl bekanntlich von den Geweben gut vertragen wird, während die Mineralöle mehr oder weniger reizend wirken. Bei der Injektion selbst wendet B. die Methode von Gersuny, welche sich demselben bei den Paraffininjektionen bewährt hat, an, nämlich zwei Spritzen bereitzuhalten, wovon die eine die eigentliche Injektionsflüssigkeit, die andere sterilisiertes Wasser enthält. Zuerst wird von letzterem injiziert, die Spritze weggenommen und eine Minute gewartet, ob die aus der Nadel kommende Flüssigkeit blutig gefärbt ist oder nicht; im ersteren Falle mufs der Einstich wiederholt werden. Die Anzahl der nach dieser Methode behandelten Fälle dünkt B. genügend grofs, um feststellen zu können, dafs sie wenig oder keinen Schmerz verursacht, von den Geweben gut vertragen wird und die klinischen Resultate ebenso gut sind wie mit den anderen Methoden; schliefslich erfordert sie auch keinen grofsen Aufwand an Apparaten.

Stern-München.

Zubereitung des Salvarsans für intramuskuläre Injektionen mit Lanolin und Petro-Vaselin nach Analogie der Formel für Kalomel, Salicylquecksilber usw., von Juan de Azúa. (*Rev. clin. de Madrid.* 1911. Nr. 4.) Azúa empfiehlt eine Mischung von sechs Teilen Petro-Vaselin auf vier Teile wasserfreies Lanolin zur Verreibung des Salvarsans und rühmt dessen geringe Schmerzhaftigkeit.

Gunsett-Strafsburg.

Zur Applikationsweise des Salvarsans, von J. Hahn-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) H. macht den Vorschlag, die zur intravenösen Applikation gebräuchliche Lösung subcutan einzuführen, da er glaubt, dafs die Technik der intravenösen Injektion den Allgemeinpraktiker von der Verwendung des Präparats oft

abhalten wird; auch die Zubereitung der Lösung glaubt er dem Apotheker überlassen zu können. *W. Lehmann-Stettin.*

Methodik der Salvarsaninjektionen, von E. Basch-Budapest. (*Bör-és-Bujakórtan*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság*. 1911. Nr. 1.) Vortragender machte in 108 Fällen Salvarsaninjektionen, auf drei Stellen verteilt, mit einer mit Cursor versehenen Rekordspritze in der Höhe des vierten, achten und zwölften Wirbelbeins, 3 cm vom Rückgrat. Lokale Reaktion und Depot ist geringer, die Salvarsanabsorption ist verhältnismäfsig vollkommener. Vortragender nahm 300 Injektionen vor, in drei Fällen trat Nekrose auf, die aber bald abgestofsen wurde. Die auffallend geringen lokalen Symptome bildeten sich rasch zurück, wie man selbst nach intravenösen Injektionen noch beobachten kann. *Porosz-Budapest.*

Zur Technik der Salvarsaninjektionen, von J. Benario-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Um mit gröfserer Sicherheit und Leichtigkeit eine aseptische Bereitung der Injektionsmasse zu erzielen, hat B. einen Mischapparat aus Glas herstellen lassen, der im wesentlichen aus einer Kugelmühle nach Alt und zwei durch ein (mit einem Hahn versehenes) Zwischenstück damit verbundenen Küretten für die physiologische Kochsalzlösung und die Natronlauge besteht. Ferner hat er für die endovenöse Injektion zur Aufnahme der fertigen Injektionsmischung und der physiologischen Kochsalzlösung eine Doppelkürette konstruiert, welche ein bequemes, aseptisches Injizieren sehr erleichtert. Aufserdem hat er sowohl für die intramuskuläre als auch für die intravenöse Injektion Doppelkanülen angegeben. Für die intramuskuläre Injektion trägt die äufsere zugespitzte Kanüle eine Stellschraube, um die richtige Tiefe des Einstiches zu gewährleisten, und das Vorhandensein der Innenkanüle schützt vor Verunreinigung des Stichkanals mit der Injektionsmasse. Für die intravenöse Injektion bietet die Doppelkanüle Schutz gegen Verletzung der Venenwand und verhütet hier auch die Berührung der Gewebe mit Salvarsan. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Technik der Salvarsaninjektionen, von P. Schober-Paris. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Ravaut-Paris hat für die intramuskulären und intravenösen Salvarsaninjektionen eine sehr einfache Technik ausgearbeitet, deren sich auch Sch. bedient. Zur intramuskulären Injektion bringt man in einen Erlenmeyer-Kolben oder in ein grofses Reagensglas ungefähr 20 ccm chemisch reine physiologische Kochsalzlösung und dann das Salvarsanpulver; die sofort sich bildenden teigigen Massen lösen sich beim leichten Erwärmen über der Spiritusflamme völlig auf, es entsteht eine klare, hellgelbe Flüssigkeit von saurer Reaktion. In diese giefst man aus einer Tropfenzählerflasche verdünnte Natronlauge, die um ein Drittel weniger stark ist als Liquor natrii caustici, unter anhaltendem leichten Schütteln des Glasgefäfses hinzu. Nach dem Zusetzen der ersten paar Tropfen entsteht ein gelber Niederschlag, der sich beim Umschütteln, solange die Reaktion sauer ist, wieder auflöst; wenn man sich aber der Neutralisierung nähert, bleibt der Niederschlag. Von da an mufs die Reaktion überwacht werden, indem man mit einem ausgeglühten Platindraht etwas Flüssigkeit auf Lackmus- oder besser noch Phenolphtaleinpapier bringt; sobald sich der Eintritt der alkalischen Reaktion ankündigt, hört man mit dem Zusetzen der Lauge auf, saugt die Flüssigkeit, in der das Salvarsan ganz fein suspendiert ist, mit einer Spritze auf und injiziert. — Zur intravenösen Injektion mufs dagegen mit dem Zusatz der Natronlauge bis zu starker alkalischer Reaktion fortgefahren werden; da sich in stark alkalischer Flüssigkeit Salvarsan wieder löst, sind Reaktionsprüfungen entbehrlich, die Lösung des Niederschlages beweist den Eintritt ausgesprochener Alkalinität. Die Lösung kommt in eine mit 250—300 ccm physiologischer Kochsalzlösung gefüllte Flasche, deren Hals mittels eines durch einen Kautschukpfropfen hindurchgesteckten

Glasrohres mit einem Doppelgebläse verbunden ist; das untere Ende der Flasche ist zu einer olivenförmig zulaufenden Öffnung ausgezogen, über die ein 150 ccm Gummischlauch gestülpt ist, in das Ende des Schlauches ist ein Glascylinder und in diesen eine Punktionsnadel eingefügt. Die Lösung wird durch Umschütteln mit der Kochsalzlösung vermischt; nach Verdrängung der Luft kann die Injektion aus diesem einfachen Apparat vorgenommen werden. *Götz-München.*

Injektionen in die Lumbalmuskulatur, insonderheit Salvarsaninjektionen, von S. J. Meltzer - New York. (*Med. Record.* 25. März 1911.) Versuche, die schon vor einigen Jahren von Meltzer und Auer angestellt wurden, haben ergeben, dafs die durch Adrenalin verursachte Blutdrucksteigerung nach Injektion in die Lumbalmuskulatur kaum einer intravenösen Einführung nachsteht, im Gegensatz zu der ver gleichsweise ganz geringen Wirkung nach subcutaner Injektion. Dabei ist die Dauer der Wirkung regelmäfsig länger bei intralumbaler Einspritzung als bei intravenöser die Wirkung intraglutäaler Injektion ist inkonstant und von geringer Dauer. Die Verschiedenheit der Wirkung wird auf anatomische Unterschiede und dadurch bedingte Änderung der Resorption zurückgeführt.

Besonders ins Auge fallend erscheinen die Unterschiede der Resorption bei Hg und Salvarsan, deren Depots offenbar in dem losen Bindegewebe, das die Glutäalmuskulatur im Gegensatz zu den straffen Lumbalmuskeln enthält, wandern und sich senken, auch in die Nähe des Nervus ischiadicus gelangen können.

M. betont, dafs die Injektionen in den Musculus sacrospinalis gemacht werden müssen, nicht, wie geschehen, in den Quadratus lumborum. Was die Technik der Injektion anbetrifft, so empfiehlt M. folgendes: Dem auf dem Bauche liegenden Patienten werden, um die Lordosis auszugleichen, ein oder zwei Kissen untergeschoben; auf einer angenommenen Linie, gezogen vom dritten oder vierten Wirbelfortsatz nach dem höchsten Punkt der Beckenschaufel, wird ungefähr zwischen innerem und mittlerem Drittel die Nadel eingestochen, und zwar erst senkrecht, dann, nach Erreichung der Fascie, etwas kopfwärts und auswärts; die Nadel sollte wenigstens 7 cm lang sein!

In zwölf mit Salvarsan auf diese Weise behandelten Fällen sind die Resultate gut gewesen und keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen zur Beobachtung gelangt. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die beschleunigte Resorption aus den Lendenmuskeln und die Verwendbarkeit dieser Muskeln für die Injektion von Salvarsan, von Meltzer-New York. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr, 10.) Verfasser hatte gemeinsam mit Auer 1905 experimentell am Adrenalin u. a. nachgewiesen, dafs die Resorption bei intramuskulärer Injektion schneller stattfindet als bei subcutaner, wie es bisher die landläufige Auffassung war. Durch Widerspruch Pattas angeregt, teilt er neue Beweise für seine Anschauung mit. Er schaltete zunächst durch eine ausgezeichnete Versuchsanordnung jede Möglichkeit, dafs etwa in ein offenes Blutgefäfs injiziert werden könnte, aus. Allerdings gelten seine guten Resultate bezüglich schneller Resorption nur für Injektion in die Lendenmuskeln, während er bei Injektion in die Glutäalmuskeln eine viel geringere oder keine Drucksteigerung als Adrenalinwirkung beobachten konnte. Verfasser nimmt an, dafs die Wand der Muskelkapillaren auch normalerweise für einen beschleunigten Flüssigkeitsaustausch besonders gut eingerichtet ist. Die anatomischen Verhältnisse sind bei den Lendenmuskeln (feine Muskelbündel, spärliches Bindegewebe, derbe Fascie ringsherum) günstiger als bei den Glutäalmuskeln (grobe, durch lockeres Bindegewebe getrennte Bündel, Fascien locker, mit reichlichem lockeren Bindegewebe in der Nachbarschaft). Verfasser schlägt vor, in Fällen, wo energische und rasche Wirkung erzielt werden soll, in die Lendenmuskeln einzuspritzen. Insbesondere berichtet er über die Injektion schwach alkalischer Salvarsansuspension

mittels dieser Technik, welche ziemlich schmerzlos vertragen wurde. Bei nicht zu fetten Personen soll es nicht schwierig sein, in den Musculus sacrospinalis mit der Kanüle zu gelangen, doch ist genaue anatomische Orientierung dringend notwendig, um nicht bauchwärts in den Ileopsoas zu geraten, was sicher bei der vorhandenen Möglichkeit, dafs das Salvarsan sich senkt, bedenklich erscheinen mufs. Wenn Verfasser allerdings zum Schlufs für die Anwendung der sauren Salvarsanlösung eine Lanze bricht (zunächst im Tierexperiment), so dürften ihm die Resultate aus der Bromberger landwirtschaftlichen Versuchsstation noch nicht bekannt sein; saure Salvarsanlösung darf unter keinen Umständen wegen der schweren Lungenveränderungen danach infundiert werden. Die Lektüre der Arbeit empfiehlt sich jedem, welcher intramuskuläre Injektionstechnik ausübt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Erfahrungen mit Salvarsan bei subcutaner und intramuskulärer Anwendung, von R. LEDERMANN-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 50.) Verfasser berichtet über günstige Erfahrungen. Insbesondere weist er auf Grund seiner einschlägigen Erfahrungen darauf hin, dafs Salvarsan die Nieren bei bestehender Nephritis nicht ungünstig beeinflufst. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein einfacher Apparat für die intramuskuläre Injektion von Salvarsan am Krankenbett, mit dem speziellen Zwecke der Asepsis, von L. WOLBARST-New York. (*New York med. Journ.* 11. März 1911.) Der Apparat besteht aus einem dünnwandigen, kupfernen Sterilisator, der 25 cm lang, 9 cm breit und 5 cm hoch ist und zwei Handhaben trägt. Er enthält einen perforierten Einsatz mit Handhaben, welcher leicht aus dem Sterilisatorgefäfs herausgenommen werden kann, wenn die Instrumente bereit sind. Der Einsatz enthält eine 10 oder 20 ccm Glas- oder Rekordspritze, zwei Nadeln, drei Pipetten, wovon zwei auf 5 bzw. 10 ccm graduiert, einen Glasmörser von 60 ccm Inhalt und eine Mörserkeule; jedes einzelne Stück wird durch entsprechende Klammern im Einsatz festgehalten, um gegen die Gefahr des Brechens geschützt zu sein. Der ganze Apparat wiegt weniger als $2^{1}/_{2}$ Pfund und kann leicht mitgenommen oder in die Tasche (? Referent) gesteckt werden. Die Sterilisation kann vom Arzte zu Hause oder in des Patienten Wohnung mit einer Gas- oder Spiritusflamme ausgeführt werden. W. hat den Apparat in über 50 Fällen zu seiner vollständigen Zufriedenheit in Anwendung gehabt. *Stern-München.*

Zur Frage der Gefahr endovenöser Einspritzung sauerer Lösungen von Salvarsan. Nebst Bemerkungen über die Technik der endovenösen Injektion, von NOTTHAFFT-München. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) N. injizierte einem 30jährigen, kräftigen Manne intravenös 0,6 Salvarsan, zu dessen Präparierung infolge eines Versehens des Apothekers statt Normalnatronlauge $^{1}/_{10}$ Normalnatronlauge verwendet worden war, in 200 ccm Wasser gelöst. Die Lösung war also noch stark sauer, die Injektion verursachte eine rasch vorübergehende Synkope mit momentanem kurzen Verlust der Sehkraft, Erscheinungen, die nicht auf den Säuregrad der Lösung, sondern auf den ganzen Eingriff zu beziehen waren; ein dauernder Schaden entstand nicht. Diese Beobachtung spricht dafür, dafs in dem Falle FRÄNKEL-GROUVEN — Tod eines Menschen $3^{1}/_{2}$ Stunden nach intravenöser Einspritzung von 0,4 Salvarsan in 15 ccm Wasser + 1—$1^{1}/_{2}$ ccm $^{1}/_{10}$ Normalnatronlauge — nicht der Säuregrad, sondern die starke Konzentration der Lösung oder Überempfindlichkeit des Patienten Ursache des Unglücks war.

Zur intravenösen Injektion legt N. stets die Vene frei und inzidiert sie so weit, als nötig ist, um eine stumpfe, kanülenartige Nadel einzuführen; man vermeidet so das leidige Verfehlen des Venenlumens. In der Sprechstunde und ohne genügende Assistenz sollten intravenöse Injektionen nie vorgenommen werden. *Götz-München.*

Die Technik der intravenösen Injektionen von Salvarsan, von O. Grünbaum-London. (*Lancet.* 7. Jan. 1911.) Bei dem hier besprochenen und abgebildeten Apparat hat Verfasser folgende Einrichtung getroffen, um das Mitgehen von irgendwelchen festen Partikelchen, Glassplitter oder dergleichen, mit der Salvarsanlösung zu verhindern: durch den Boden des 400 ccm fassenden Rezeptakulums geht ein Glasrohr, das innerhalb des Gefäfses hakenförmig umgebogen ist und dicht über dem Boden endet. Somit kann nichts Unerwünschtes in das Rohr von oben her hineinfallen, und die letzten paar Kubikzentimeter (etwa drei) Flüssigkeit am Boden des Gefäfses gelangen nicht zum Ausfliefsen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Technik der intravenösen Injektion von Salvarsan, von H. Werner-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) W. empfiehlt als Konstriktionsinstrument bei der intravenösen Salvarsaninjektion die Recklinghausensche Manschette, die zur Blutdruckbestimmung nach Riva-Rocci dient. Die Manschette wird mit dem Gebläse gespannt; in dem Augenblick, in dem die Kanüle in das Venenlumen eingedrungen ist, wird durch einen Assistenten das Glasrohr des Gebläses aus dem Gummischlauch der Manschette herausgezogen, die Stauung hört damit momentan auf. Der Vorteil der Methode liegt in dem völligen Wegfall einer Bewegung oder Erschütterung des Armes des Patienten durch die Konstriktion. *Götz-München.*

Technik der intravenösen Salvarsaninfusion, von J. Iversen-St. Petersburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Der hier abgebildete, sehr einfache Apparat besteht aus einem graduierten Glasgefäfs von etwa 500 ccm Inhalt, der mit einem doppelt durchbohrten Gummistopfen verschlossen wird. Von den durch letzteren hindurchgehenden Glasröhren steht die eine mit einem Doppelgebläse zum Zwecke der Einführung von filtrierter Luft in Verbindung, die andere ist mit dem Zuleitungsschlauch und der Kanüle vereinigt. Dicht vor der Kanüle ist ein Stück Glasrohr in den Schlauch eingeschaltet. Das Salvarsan wird in einem Glaszylinder (mit Glasstöpsel) unter Verwendung von Glasperlen mit 20 ccm Wasser gelöst, worauf man NaHO zusetzt und auf 200 ccm mit physiologischer Kochsalzlösung von 39° C auffüllt. Weitere Einzelheiten mögen im Original nachgelesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Technik der intravenösen Injektionen von Salvarsan, von Gurari. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 12.)

Neues in der Technik der intravenösen Eingiefsungen, von Lutugin. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 15.) G. wendet bei den intravenösen Eingiefsungen von Salvarsan zwei Zylinder, L. eine besondere Spritze, welche er mit dem Irrigationsschlauch verbindet, an. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über die intravenösen Injektionsmethoden und deren Technik bei Salvarsan, von Julius Grünberg-St. Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1911. S. 130.) Der Titel sagt das Wesentliche der Arbeit. (Erfahrungen mit dem Weintraudschen Apparate scheinen dem Verfasser nicht zur Verfügung zu stehen, sonst würde er ihn nicht so abfällig beurteilen. D. Ref.) *Richard Frühwald-Leipzig.*

Zur Technik der intravenösen Salvarsanbehandlung, von v. Stokar-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 15.) Verfasser empfiehlt eine von ihm konstruierte Stauungsbinde für den Arm, welche sehr empfehlenswert sein dürfte. Die Kompression der Vene wird durch Aufblasen der Binde bewirkt, während durch einen Abzugsschlauch im gegebenen Moment die Luft wieder abgelassen werden kann, und somit die Kompression beseitigt wird, ohne die Binde erst abnehmen zu müssen. Fabriziert wird der Apparat von Metzeler & Co. in München. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Einflufs dreifacher intravenöser Salvarsaninjektion auf die Wassermannsche Reaktion, von C. Gutmann-Wiesbaden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 9.) Während sich auf der Weintraudschen Abteilung bei einmaliger Injektion

des Salvarsans in nicht ganz 50% der Fälle Negativwerden der WASSERMANNschen Reaktion hatte erzielen lassen, gelang dieses bei dreifacher Injektion von im ganzen höchstens 1,5 bei Männern, 1,2 bei Frauen, innerhalb von zwei bis sechs Wochen ausgeführt, bei 25 von 27 einschlägigen Fällen. Die zwei nicht beeinflußten Kranken waren Fälle von Spätlues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Das Verhalten des Blutdrucks bei intravenösen Salvarsaninjektionen, von R. SIESKIND-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) Diese Frage hat S. an 20 im Krankenhaus auf der WECHSELMANNschen Abteilung behandelten Fällen studiert. Bei zwei Patienten, welche allerdings nur eine geringe Dosis Salvarsan erhalten hatten, war keine Änderung zu konstatieren, während bei den anderen eine Senkung des Blutdrucks um Werte bis zu 60 cm Wasser eintrat und 24 Stunden bis drei Tage lang anhielt. Gelegentlich erfolgte gleich auf die Injektion eine Steigerung des Blutdrucks, doch war diese durchaus nicht konstant und machte immer bald der Senkung Platz. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die intravenöse Therapie der Syphilis mit Salvarsan, von A. GÉRONNE-Wiesbaden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Die Erfahrungen aus der WEINTRAUDschen Abteilung beziehen sich auf 500 Injektionen. Die Magendarmerscheinungen nach intravenöser Salvarsaninfusion sind als toxische Arsenwirkung aufzufassen und mahnen zur Vorsicht bei Dosierung des Präparates. Zu vermeiden ist die Anwendung des sauren Präparates sowohl intravenös als intramuskulär. Die Depotbildung bei intramuskulärer Anwendung hält Verfasser für nicht unbedenklich, während an Sicherheit in der Wirkung diese Methode weniger leistet als die intravenöse.

Die WASSERMANNsche Reaktion wurde bei 50% der Fälle negativ; falls Reinjektion erfolgte, sogar in 78%. Augen-, Gehörorganserkrankungen und kompensierte Herzfehler rechnen nicht zu den Kontraindikationen der intravenösen Salvarsananwendung, sondern nur spezifische Myocarditis, wo Schwielenbildung oder Gummen in der Nähe der Herzwandung oder auch des Reizleitungssystems bestehen.

Arthur Schucht-Danzig.

Bericht über die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Salvarsaninjektionen, von A. G. RYTINA-Baltimore. (*New York med. Journ.* 4. März 1911.) R. hat bis jetzt 60 Fälle mit intravenöser Injektion behandelt, und zwar mit ganz wunderbarem symptomatischem Erfolge — für einen Dauererfolg ist die abgelaufene Zeit noch zu kurz. Er erklärt die intravenöse Injektion für ganz ungefährlich, sie verursacht weder Schmerz noch Komplikationen und liefert bessere Resultate als die subcutanen oder intramuskulären Methoden. Salvarsan heilt rascher als Quecksilber oder Jodkalium und bringt oft Heilungen, wo letztere in hohen Dosen versagt haben. Infolge seiner hervorragend spirilloziden Wirkung wird Syphilis in Zukunft weniger vorherrschend und weniger Neigung zu Tertiärerscheinungen und Entwicklung von Parasyphilis vorhanden sein, nachdem die geeignete Behandlungsmethode mit voller Sicherheit durchgeführt ist. Ob dies die chronische Injektionsbehandlung nach KROMAYER, die kombinierte Methode von IVERSEN, Injektionen alle 40 Tage so lange, als positive WASSERMANNsche Reaktion vorhanden, oder Verstärkung der Injektionen durch Hg- und Jodkaliumkuren sind, wird man nur durch weitere Beobachtungen beurteilen können. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. | №. 4. | 15. August 1911.

Aus der medizinischen Universitätsklinik Zürich.
Direktion: Prof. Dr. H. Eichhorst.

Untersuchungen über den mineralischen Stoffwechsel bei Psoriasis.

Von

Theodor Haemmerli,
Assistenzarzt der Klinik.

In den Zeiten der Humoralpathologie war es allgemein anerkannte Ansicht, dafs Hauterkrankungen eine Folge krankmachender Säfte im menschlichen Organismus seien. Nach dieser Ansicht richtete sich auch die Therapie und führte nicht nur im Laienpublikum, sondern auch in der Ärztewelt zu den absonderlichsten therapeutischen Mafsnahmen. Seither haben sich die Ansichten über die Ätiologie der Hautkrankheiten unter dem Einflufs der Zellularpathologie, der Bakteriologie und der Biochemie und mit ihnen auch die therapeutischen Prinzipien geändert. Wie rasch sich dieser Umschwung vollzogen hat, erkennt man aus der Tatsache, dafs noch unter der Schönleinschen Schule Ausdrücke wie „Dyscrasia psorica“, „Urodyalisis“ und „Uroplanie“ allgemein gebrauchte Schlagwörter für die damals herrschenden Ansichten waren. Die damaligen, durch wenig exakte Tatsachen fundierten Theorien hat Ferdinand Hebra einer streng kritischen Durchsicht unterworfen und mit exakten, anatomisch-pathologischen Untersuchungen zum Teil endgültig widerlegt. Ihm ist es zu danken, dafs die Hauterkrankungen nicht nach unbewiesener Doktrin, sondern nach morphologisch-anatomischen Tatsachen systematisch eingeteilt wurden. Die therapeutischen Erfolge sprachen bald für die Ansichten der Hebraschen Schule. Freilich hat die aufblühende Bakteriologie viele Hauterkrankungen jenes alten Systems heute ins Gebiet der Infektionskrankheiten verwiesen, und die Tatsache, dafs die Zahl der Medizinalexantheme mit der Unmenge der in den Handel gebrachten Präparate der Pharmacie und Serumtherapie wächst, fordert immer wieder zur Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Stoffwechselanomalien und Hauterkrankungen auf. Und trotz der etwas einseitigen Betrachtungsweise der Hebraschen Schule hat es nie an Stimmen

gefehlt, die auf die Beziehungen zwischen Organstörungen und Hautanomalien hinweisen. Auf den sicher konstatierten Zusammenhang zwischen funktionellen und anatomischen Veränderungen des Nervensystems und der Haut soll hier nicht weiter eingegangen werden. Von andern Organbeziehungen liegen zahlreiche und zuverlässige Berichte über Ekzeme und zugleich bestehende Albuminurie vor, aber noch mehr wurde die Frage über den Zusammenhang zwischen Gicht und ekzematöser Erkrankung diskutiert. Und in der Tat sind ja hier unleugbare Zusammenhänge zwischen Stoffwechselanomalien und Hautveränderungen konstatiert worden, fand doch z. B. GARROD bei 18% seiner Gichtkranken Ekzeme. Solche Beziehungen haben zu Untersuchungen über die Ausscheidung von Harnsäure, Harnstoff, Kreatin, Kreatinin, Oxalsäure usw. bei Hauterkrankungen geführt und zum Teil sehr widersprechende Resultate ergeben. Insbesondere ist bei der Psoriasis vulgaris, die auch der Gegenstand unserer nachfolgenden Untersuchungen war, über den Harnsäuregehalt des Blutes, der Sekrete und Exkrete, diskutiert worden. Bei der Betrachtung dieser Fragen wurden wir auf das noch unaufgeklärte Verhalten des anorganischen Stoffwechsels bei Hauterkrankungen hingelenkt und wir haben uns die Aufgabe gestellt, die Einfuhr und Ausfuhr von Phosphor, Schwefel, Magnesium, Kalk und den Chloriden zu untersuchen.

Zum Untersuchungsmaterial wählten wir aus praktischen und theoretischen Gründen Patienten, die an Psoriasis vulgaris leiden. Nachdem einerseits die vielen Untersuchungen, einen parasitären Ursprung der Psoriasis zu finden, erfolglos blieben und anderseits in Bezug auf den Stoffwechsel pathologische Abweichungen konstatiert wurden, konnten wir am ehesten hoffen, hier auch eine Änderung des mineralischen Stoffwechsels zu finden. Zweitens liefs sich auch bei dem aufserordentlich starken Zellverfall, den die lebhafte Schuppung der Psoriasis bedingt, eher eine pathologische Schwankung der Stoffwechselbilanz erwarten, als bei einfachen Ekzemen, und schliefslich stellt die Psoriasis ein klinisch gut umschriebenes Krankheitsbild dar, das auf unserer Klinik relativ häufig zur Behandlung kommt und immer etwa fünf bis sechs Wochen der klinischen Beobachtung zugänglich ist.

Die sogenannte Diathesenlehre, die einen Zusammenhang zwischen Psoriasis und Gicht lehrt, gründet sich bereits nicht mehr allein auf klinische Beobachtungen, sondern auch auf Harnsäurebestimmungen bei Psoriasiskranken; immerhin sind sie doch noch zu wenig ausreichend gemacht worden, als dafs man den weitgehenden Theorien französischer Forscher über „Diathèse dartreuse“, „Arthritisme“ zustimmen könnte. Kann man sich also in Bezug auf den Stickstoffwechsel bei Psoriasiskranken bereits auf brauchbare Vorarbeiten stützen, so fehlen diese fast gänzlich in Bezug auf den mineralischen Stoffwechsel. Denn obwohl schon LIEBIG nnd BENEKE

und in neuerer Zeit wiederum ALBU und NEUBERG eindringlich zum Studium der Bilanz unorganischer Bestandteile im kranken menschlichen Organismus mahnen, so befassen sich die medizinisch-chemischen Arbeiten doch in überwiegender Anzahl mit Kalorien produzierenden organischen Stickstoffverbindungen und die Salze werden noch zu sehr als passive Begleiter der organischen Nährstoffe betrachtet. Zwar haben v. BUNGE und seine Schüler durch ihre Untersuchungen über Säuglingsernährung das Interesse an der Bedeutung der Mineralsalze für die Lebensfunktionen neuerdings geweckt, doch existieren selbst über die physiologischen Ausscheidungsgröfsen mineralischer Substanzen bei Erwachsenen noch zu wenig Angaben, als dafs sie in pathologischen Fällen durchwegs als Vergleichsmaterial gebraucht werden könnten. Diese spärlichen Angaben stehen aber doch wohl in einem Mifsverhältnis zu der Bedeutung, die die moderne physikalische Chemie und Physiologie den anorganischen Bestandteilen im tierischen Stoffwechsel zuerkennt. ALBU und NEUBERG z. B., die alle diesbezüglichen Ergebnisse von HAMBURGER, KÖPPE, HÖBER usw. zusammenfassen, formulieren die Aufgaben der Mineralstoffe im menschlichen Körper in folgenden Sätzen[1]:

1. Sie sind Zell- und Gewebsbildner, sie sind am Aufbau, am Wachstum und an der Neubildung aller Gewebe des Organismus in verschiedenem Grade beteiligt.

2. Sie vermitteln die osmotische Spannung in den Zellen und Geweben in Blut und Säften und sind dadurch indirekte Träger von Energie.

3. Sie regulieren die Reaktion des Blutes und der Gewebssäfte, sowie den Ablauf vieler Fermentwirkungen, besonders im Verdauungskanal.

4. Sie wirken als „Katalysatoren“ für eine grofse Reihe chemischer Vorgänge im Organismus, sie wirken z. B. als Sauerstoffüberträger für die Oxydationen; sie erzeugen die Veränderung der Eiweifskörper im Zellprotoplasma, die mit den Funktionen derselben untrennbar verbunden sind.

5. Sie sind die Vermittler der im lebenden Protoplasma ununterbrochen ablaufenden autochthonen Vergiftungs- und Entgiftungsprozesse, wobei sie sich durch ihren teilweisen Antagonismus das Gleichgewicht halten.

6. Sie vermitteln wahrscheinlich einen grofsen Teil der sogenannten intermediären Stoffwechselprozesse, anscheinend besonders dort, wo sie sich in den drüsigen Organen abspielen. Sie greifen allenthalben Richtung gebend in die Zersetzung und Assimilation der organischen Substanzen ein.

Am kranken Organismus ist die Bestimmung des gesamten Aschenumsatzes nur einmal durch OTT (bei Phthisikern) vorgenommen worden. Bei

[1] Physiologie und Pathologie des Mineralstoffwechsels, von ALBU und NEUBERG. Berlin, Julius Springer, 1906. S. 108.

Diabetes wurde der Kalkumsatz durch v. NOORDEN und van ACKEREN[2] bestimmt, und BELGARDT gibt uns exakte Angaben über die Kalk-, Magnesium- und Phosphorbilanz bei Arthritis deformans. In der französischen Literatur existieren verschiedene Angaben über den Mineralstoffwechsel bei syphilitischen Exanthemen, doch beruhen sie nicht auf genauen Stoffwechselversuchen. Auch v. NOORDEN urteilt, „daſs man die meisten als wertlos erachten muſs, da sie nicht auf exakten Salzbilanzen fuſsen.“[3] Bei der Psoriasis konnten wir uns, soweit dies aus der Literatur ersichtlich ist, auf keine biesbezüglichen Arbeiten stützen. Wir erachten es deshalb für nötig, im folgenden über unsere Versuchsanordnung zu referieren.

Versuchsanordnung.

Bei früheren Stoffwechseluntersuchungen, die auf unserer Klinik durchgeführt wurden, hat es sich gezeigt, daſs es äuſserst schwierig ist, Patienten länger als eine Woche zum Einnehmen genau abgewogener Nahrungsmengen zu verhalten. Wenn sie sich auch dazu verpflichten, so zeigen später die Bilanzen, daſs doch Unregelmäſsigkeiten in der Nahrungseinnahme begangen wurden. Auch hält es oft schwer, einen Patienten, dessen Gesundheitszustand bereits das Aufstehen erlaubt, längere Untersuchungsperioden hindurch zu verhalten, Urin und Faeces immer in die Kontrollgefäſse zu entleeren. Aus diesem praktischen Grunde haben wir die Untersuchungsdauer nur auf jeweilen 4—6 Tage ausgedehnt und muſsten dennoch hie und da wegen einer begangenen Unregelmäſsigkeit einen Tag von der Untersuchungsperiode streichen. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus dem Umstand, daſs der Patient sich oft weigert längere Zeit hindurch eine einförmige Kost zu genieſsen. Bringt man aus diesem Grunde mehr Abwechslung in den Speisezettel, so ergeben sich nachher, namentlich beim Verlangen nach Früchten, Kaffee, Saucen usw. Schwierigkeiten in der Berechnung der Salzbilanzen, da in diesen Genuſsmitteln der Salzgehalt natürlich sehr schwankend ist. Bei unseren kurzen Untersuchungsperioden lieſs sich aber die Einnahme einer einfachen Kost streng durchführen. Es wurden in allen Fällen nur folgende Nahrungsmittel gereicht: Brot, Milch, Eier, gesottenes Rindfleisch und auf besonderes Verlangen als Zugabe Kaffee und Kochsalz. Die Versuchspersonen fühlten sich bei dieser Kost wohl und nahmen an Gewicht nie ab, oft sogar zu. — Da sich aus den nachfolgenden Tabellen für unsere Patienten im unorganischen Stoffwechsel Abweichungen von der Norm ergeben, sei noch kurz die in unserer Klinik angewandte

---

[2] v. NOORDEN und VAN ACKEREN, Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin, 1893. S. 416.

[3] Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, von C. v. NOORDEN. 1907. Bd. II, S. 268.

Therapie der Psoriasis erwähnt. Per os verabreichen wir fast in allen Fällen Liqu. kalii arsenic. 3 mal täglich 5 Tropfen. Als lokale Therapie werden angewandt: Tägliche Einreibung mit Ungt. Wilkinsonii und Schwefelbäder. Obschon die Schwefelresorption durch die Haut noch nicht genau bekannt ist, haben wir jeweilen einige Tage vor Beginn der Untersuchungsperioden die Therapie ausgesetzt und die Patienten in der Schuppungsperiode während der Versuchstage nur mit Olivenöl eingerieben. Im folgenden wird sich ergeben, dafs die Patienten durchwegs mehr Schwefel ausgeschieden als eingenommen haben, und man könnte uns einwenden, dafs von dem früher therapeutisch angewendeten Schwefel erst später während der Versuchstage ausgeschieden wurde. Um diesem Einwand zu begegnen, haben wir die dritte Versuchsperson lediglich mit 5%iger Chrysarobinsalbe behandelt und trotzdem eine Mehrausfuhr von Schwefel konstatiert. Es mufste natürlich vor allem auch interessieren, ob der mineralische Stoffwechsel mit den verschiedenen Stadien der Psoriasis wechselt. Aus diesem Grunde haben wir bei allen Kranken die erste Versuchsreihe zu einer Zeit vorgenommen, wo die Psoriasis die augenfälligsten Erscheinungen machte, d. h. wo die Effloreszenzen sich über den ganzen Körper ausgebreitet haben und zugleich eine sehr lebhafte Schuppung aufwiesen. Die zweite Versuchsperiode fällt jeweilen in die Zeit, wo die psoriatischen Erscheinungen, sei es unter dem Einflufs unserer Therapie, sei es als Ausdruck des natürlichen Heilungsverlaufes, zurückgingen d. h. wo die Effloreszenzen weniger zahlreich geworden waren und fast nicht mehr schuppten. Zur dritten Versuchsperiode wählten wir die Zeit, wo die Psoriasis, soweit es sich nach den klinischen Symptomen beurteilen liefs, geheilt war. Die Haut wies nur einige Pigmentflecke an Stelle der früheren Effloreszenzen auf, war glatt und geschmeidig und schuppte nicht mehr. Bei Fall 3 konnte leider die dritte Versuchsperiode nicht durchgeführt werden, da die Patientin nicht länger im Spital zu halten war, denn schon am Ende der zweiten Periode war früher als wir erwartet hatten eine Heilung eingetreten.

Methodik.

Bei der Vornahme der chemischen Untersuchungen im chemischen Laboratorium der medizinischen Klinik hatte ich mich der Leitung und Hilfe von Herrn Dr. E. Herzfeld zu erfreuen, dem ich auch an dieser Stelle meinen besten Dank ausspreche.

Prozentgehalt und Gesamtausscheidung in den 24stündigen Harnmengen wurden täglich bestimmt. Den Versuch, auch täglich Faecesanalysen vorzunehmen, mufsten wir aufgeben, da oft bei den Patienten Unregelmäfsigkeiten in der Defäkation eintraten. Aus diesem Grunde liefs sich keine Tagesübersicht der Gesamtausscheidungen geben und wir mufsten uns beschränken, die fünftägigen Faecesmengen zu einem möglichst homogenen

Gemisch gut zu durchwirken und daraus Prozentgehalt und Gesamtausscheidung zu bestimmen. Wir wendeten folgende Bestimmungsmethoden an:

1. Harn.

Phosphor: 50 ccm Harn werden mit 5 ccm einer Essigsäuremischung (100 gr Na acetat., 30 gr Acid. acet. und 970 gr Aqua dest.) und einigen Tropfen Cochenilletinktur versetzt, bis zum Sieden erhitzt und die heiſse Lösung mit einer eingestellten Uranacetat-Lösung titriert. (1 ccm Uranacetat = 0,005 gr P_2O_5). Die Titration von Uranacetat wird bis zur beginnenden Grünfärbung fortgesetzt, dann aber mit einer frisch hergestellten Ferrocyankalilösung die Tüpfelprobe bis zur Braunfärbung angestellt. Sobald Braunfärbung auftritt, hört man mit dem Zutröpfeln auf.

Schwefel: 25 ccm Harn werden mit 20 ccm verd. Salzsäure ungefähr 30 Minuten vorsichtig erhitzt. Beim Erhitzen achte man darauf, daſs die entstandenen Dämpfe sich an der Wandung konzentrieren und in die Flüssigkeit zurückflieſsen. Zu der entstandenen rotbraun gefärbten Lösung werden etwa 150 ccm Aqua dest. und 20 ccm gesättigter $BaCl_2$-Lösung hinzugefügt, mehrere Stunden stehen gelassen, dann filtriert, ausgewaschen, getrocknet, geglüht und gewogen.

Kalk: 200 ccm filtrierter Harn werden mit Ammoniak versetzt, worauf ein Niederschlag entsteht, dann wieder verd. Salzsäure hinzugefügt, solange bis der Niederschlag wieder verschwindet. Hierauf wird zu dieser klaren Lösung ein Überschuſs von Ammoniumoxalat hinzugefügt. Nach 12stündigem Stehen in der Wärme bei 80—100° scheidet sich alles Ca in Form von Ca-Oxalatkristallen ab; dann wird sorgfältig filtriert, nachgewaschen, getrocknet, geglüht und gewogen.

Magnesium: Das vom Ca-Oxalat erhaltene Filtrat wird mit einer gesättigten Lösung von Natriumphosphat und einem Überschuſs von Ammoniak versetzt, 12 Stunden stehen gelassen, worauf sich alles Mg in Form von Magnesiumammoniumphosphat abscheidet, filtriert, getrocknet, geglüht und in Form von Mg-Pyrophosphat gewogen.

Chloride: 10 ccm eiweiſsfreier Harn werden mit 20 ccm verdünnter Salpetersäure und dann mit 20 bis 30 ccm $\frac{n}{10}$ $AgNO_3$-Lösung versetzt, geschüttelt bis die Flüssigkeit über dem Niederschlag ganz klar geworden ist, dann wird filtriert, gut nachgewaschen, zum klaren Filtrat ein Kristall Ferriammoniumsulfat hinzugefügt und das überschüssige $AgNO_3$ mit $\frac{n}{10}$ Ammoniumsulfocyanat bis zur beginnenden Rotfärbung zurücktitriert. Die verbrauchte Anzahl von ccm NH_4CNS minus der zugesetzten Menge $AgNO_3$ ergibt die von den Chloriden verbrauchte Menge $AgNO_3$.

2. Faeces.

20 gr Faeces werden gewogen, mit etwa 10 ccm Kalilauge versetzt, auf dem Luftbade eingetrocknet und dann verkohlt. Der Verkohlungs-

rückstand wird mit Essigsäure extrahiert und das Filtrat in einem Meſs-kolben auf 200 ccm aufgefüllt. Von diesen 200 ccm werden angesetzt zur Bestimmung von $P_2 O_5$ ccm, von Chloriden 25 ccm, von Schwefel 25 ccm von Calcium und Mg 100 ccm. Mit dem Filtrat wird jeweils wie beim Harn verfahren.

Krankengeschichten.

Fall I. St. Rudolf, 43 J. alt, Zimmermann. Journal 100, 7, 1911.

Anamnese: Familienanamnese ohne Besonderheiten. Hauterkrankungen kamen in der Familie nie vor. Patient war früher vollkommen gesund. Vor 11 Jahren trat sein jetziges Leiden auf. An den Knien, Hüften und Ellenbogen traten rote, stark schuppende Flecken auf, die auſser etwas Juckreiz keine Beschwerden verursachten. Der Patient wurde damals wegen Psoriasis in unsere Klinik eingewiesen und nach 7 Wochen geheilt entlassen. Es traten aber bald und rasch nacheinander Rezidive ein. Sie waren zum Teil sehr heftig und lieſsen oft nur die Fuſssohlen und Handflächen frei. Eine bestimmte Ursache für die Rezidive konnte der Patient nie eruieren. Er wurde sechsmal im Inselspital in Bern behandelt und vorübergehend geheilt. Im Juni 1910 kam der Pat. mit einem schweren Rezidiv zum zweiten Mal zu uns zur Aufnahme und wurde Mitte Juli geheilt entlassen. Aber schon nach einem Monat trat ein erneuter Rückfall ein, der auswärts erfolglos ambulant behandelt wurde, bis der Pat. am 12. Dez. 1910 wiederum in unsere Klinik aufgenommen wurde.

Status praesens: Groſser, sehr kräftiger Mann, von starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und gesundem Aussehen. Auſser leichtem Juckreiz klagt der Pat. über keine Beschwerden. Die Untersuchung der innern Organe ergibt keine Besonderheiten. Mit Ausnahme der Wangen- und Kinngegend, der Kopfschwarte und der Innenfläche der Hände und Füsse, ist die Haut dicht mit runden, roten Flecken von 5 Centimes- bis 5 Frankstückgröſse bedeckt. Die Effloreszenzen prominieren wenig über der Haut, blassen auf Fingerdruck etwas ab und sind mit dünnen, asbestglänzenden Schuppen bedeckt, die sich sehr leicht abschilfern lassen. Die Schuppen liegen über allen Effloreszenzen ziemlich dick auf, am meisten über der untern Thoraxpartie, an den Streckflächen der Arme und den Beugeseiten der Oberschenkel. Im groſsen und ganzen zeigt die Haut das Bild der Psoriasis nummularis. An einigen Stellen konfluieren die gröſseren Effloreszenzen und bieten das Bild der Psoriasis gyrata.

Therapie: Innerlich Rp. Liqu. kalii arsenic.
Aquae amygd. amar. āā 10,0.
S. Dreimal tägl. 10 Tr. z. n.

Täglich ein Schwefelbad und tägliche Einreibung mit Ungt. Wilkinsonii.

Krankengeschichte: 19. bis 23. Dezember: Erste Untersuchungsperiode. Die dicht nebeneinanderstehenden Effloreszenzen befinden sich im Stadium lebhafter Schuppung.

9. bis 14. Januar: Zweite Untersuchungsperiode. Die Psoriasis ist bereits in Heilung begriffen, die Haut des Rumpfes ist glatt und geschmeidig und zeigt an den Stellen der früheren Effloreszenzen nur noch braunrote, verwaschene Flecken. An den Streckflächen der Extremitäten sieht man noch ziemlich zahlreiche, stark schuppende Stellen.

31. Januar bis 3. Februar. Dritte Untersuchungsperiode. Die Psoriasis ist geheilt. Man sieht nirgends mehr schuppende Stellen, die braunrote Hant ist überall geschmeidig. Der Pat. wird am 9. Februar geheilt entlassen.

Fall II. W. Adolf, 22 Jahre alt, Knecht. Journal 108, 31, 1911.

Anamnese: Die Eltern des Pat. sind gesund, zwei von sechs Geschwistern leiden an Psoriasis, doch angeblich in geringerem Grade als unser Pat. Bis vor 6 Jahren war der Pat. immer gesund. Im Jahre 1905 bekam er am ganzen Körper einen sehr stark schuppenden Ausschlag, der genau so aussah, wie das gegenwärtige Krankheitsbild. Nach ungefähr drei Monaten war die Krankheit ohne ärztliche Behandlung geheilt. Ungefähr Mitte Dezember 1910 stellte sich das Leiden ohne besondere Ursache wieder ein. An den Ellenbogen, den Knien und am Kopf entstanden talergroſse rote, stark schuppende Flecken, die sich rasch über den ganzen Körper ausbreiteten. Der Pat. war seither in ambulanter, poliklinischer Behandlung, und wurde, da kein Heilerfolg eintrat, in die Klinik eingewiesen. Aufnahme am 26. Januar 1911.

Status praesens: Mittelgroſser, sehr kräftiger Mann, von starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und mittlerem Fettpolster. Auſser leichtem Juckreiz am Rücken hat der Pat. keine Beschwerden. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt gar keine Besonderheiten. Die Haut zeigt das Bild einer auſserordentlich stark entwickelten Psoriasis. Die Brust, der Rücken und die Streckseiten der Arme und Beine, sowie die Innenfläche der Oberschenkel sind dicht übersäet mit runden, roten Flecken von etwa Zweifrankstückgröſse. An den Extremitäten und an der Brust sind die Effloreszenzen fast durchwegs mit einer dicken Schicht asbestglänzender, trockener Schuppen bedeckt, die sich leicht abschilfern. Die Effloreszenzen am Rücken prominieren teilweise 2 mm über die Haut und sind zum Teil mit Schuppen, zum Teil mit schwer ablösbaren Krusten belegt. Die Kopfschwarte zeigt einen dicken Belag von Krusten und schuppenden Flecken. Ganz frei von Effloreszenzen sind nur die Innenflächen der Hände und die Fuſssohlen.

Therapie: Die krustösen Beläge am Rücken und an der Kopfhaut werden mit Olivenöl erweicht. Im übrigen werden die gleichen therapeutischen Maſsnahmen wie bei Fall I angewendet.

Krankengeschichte: 31. Januar bis 3. Februar. Erste Untersuchungsperiode. Das Krankheitsbild entspricht dem im Status praesens geschilderten.

13. Februar bis 16. Februar. Zweite Untersuchungsperiode: Es ist bereits eine bedeutende Besserung eingetreten. Die Kopfhaut hat sich vollkommen gereinigt, die krustösen Beläge am Rücken sind ebenfalls verschwunden. Die Haut des Rumpfes schuppt nicht mehr, nur an den Extremitäten sind die noch ziemlich zahlreichen Effloreszenzen in lebhafter Schuppung begriffen. Das allgemeine Befinden des Pat. ist sehr gut.

28. Februar bis 3. März. Dritte Untersuchungsperiode. Die Psoriasis ist geheilt. Die Haut ist braunrot, weich und schuppt nicht mehr. (Wenige Tage nach Abschluſs der dritten Untersuchungsperiode trat beim Pat. ein Rezidiv ein, das aber nach Verabfolgung von Kleienbädern und nach Anwendung von 5%iger Pyrogallussalbe rasch heilte. Der Pat. wurde am 8. April geheilt entlassen).

III. Fall. E. Walpurga, 46 Jahre alt, Köchin. Journal 103, 52, 1911.

Anamnese: Familienanamnese ohne Besonderheiten. Seit dem 20. Lebensjahr leidet die Pat. an Psoriasis, die je nach der Behandlung bald besserte und bald wieder in heftigeren Schüben auftrat. Seit 16 Jahren war die Pat. angeblich nie ganz frei von Effloreszenzen. Sie hat schon alle möglichen Behandlungsweisen bei Kurpfuschern und Ärzten erprobt. Zuletzt wurde sie erfolglos homöopathisch behandelt. Am meisten Erfolg hatten jeweilen Chrysarobin und Zinksalben. Die Psoriasis befiel immer vorwiegend die Arme und Beine.

Status praesens: Mittelgroſse Pat. von etwas gracilem Knochenbau, mittelmäſsig entwickelter Muskulatur und gutem Ernährungszustand. Die Pat. klagt über keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keine Besonderheiten. Die Haut zeigt das Bild einer mittelschweren Psoriasis. Die Streckseiten der Arme sind dicht mit braunroten Flecken bedeckt, die deutliche, weiſse Schuppung zeigen. Auch die Beugeseiten der Arme weisen, wenn auch weniger zahlreich, schuppende Flecken auf. Der Rücken ist fast frei davon, dagegen stehen sie auf der Brust ziemlich dicht beieinander. Das Gesäſs, die Streckseiten der untern Extrimitäten und die Innenflächen der Oberschenkel sind ebenfalls mit braunroten Flecken bedeckt, die ziemlich stark schuppen. Die Effloreszenzen sind rund, scharf begrenzt und haben Linsen- bis Einfrankstückgröſse. An vielen Stellen, namentlich am Gesäſs, konfluieren die Effloreszenzen zu gröſseren Flächen. Das Gesicht, die Handteller und die Fuſssohlen sind frei von Schuppen.

Therapie: Die Haut wird täglich einmal mit 25°/oiger Chrysarobinsalbe eingerieben.

Krankengeschichte: 6. bis 10. März. Erste Untersuchungsperiode. Das Krankheitsbild entspricht dem im Status praesens geschilderten.

21. bis 24. März. Zweite Untersuchungsperiode. Nach dreimaliger Anwendung der Chrysarobinsalbe sind die schuppenden Effloreszenzen zum Teil schon verschwunden, zugleich ist aber eine beidseitige Conjunktivitis aufgetreten, weshalb die Chrysarobinbehandlung ausgesetzt wird. Am Gesäfs und an den Oberschenkeln schuppen noch einige Effloreszenzen, welche im Laufe der Untersuchungstage verschwinden. Die Pat. wird am 27. März geheilt entlassen.

Übersicht über die Ausscheidung in Urin und Faeces.

Die folgenden Tabellen A, B, C, D, E, F stellen den Prozentgehalt und die Gesamtmengen der mineralischen Substanzen dar, die in Urin und Faeces ausgeschieden wurden.

Bilanz.

Die folgenden Tabellen G, H, J, geben eine Übersicht über die Einfuhr und Ausfuhr der von uns in Betrachtung gezogenen Substanzen. Aus den Tabellen ist ersichtlich, dafs die Art und Menge der eingeführten Nahrung in allen Fällen ungefähr gleich ist. Abgesehen natürlich von den individuellen Resorptionsverhältnissen waren also in allen drei Fällen für die zu untersuchenden Substanzen die gleichen Bedingungen zur Resorption gegeben. In der Rubrik „Differenz“ der Tabellen sind die Unterschiede zwischen Einfuhr und Ausfuhr der betreffenden Stoffe mit einem + (plus) bezeichnet, wenn die durch Urin und Faeces ausgeschiedenen Mengen die durch die Nahrung eingeführten übertreffen; im umgekehrten Falle wurde ein — (minus) vorgesetzt.

Ergebnis.

Aus den vorliegenden Tabellen ergiebt sich zwischen Einfuhr und Ausfuhr eine beträchtliche Differenz. Ähnliche Resultate wurden in bezug auf Phosphor, Kalk- und Kochsalz schon während anderweitigen Untersuchungen in unserer Klinik gefunden. Es läfst sich also daraus nichts für die Psoriasis Spezifisches finden. Mehrauscheidung und Retention wechseln ziemlich regellos miteinander ab. In Fall I und II wurde eine Kochsalz Retention konstatiert, wie sie auch bei andern Krankheitsbildern und bei Gesunden oft gefunden wird.

Dagegen ist das Verhalten des Magnesiums und des Schwefels eigentümlich. In den von uns untersuchten Fällen wurde durchgehends eine

beträchtliche Retention von Mg gefunden. Wir lassen hier zur besseren Orientierung die betreffenden Zahlen folgen.

	Fall I.	Fall II.	Fall III.
I. Periode.	— 0,826	— 0,9479	— 0,3531
II. Periode.	— 1,805	— 1,3588	— 0,0432
III. Periode.	— 1,4192	— 1,4133	—

Im Vergleich mit den eingeführten Mengen ist die Retention also eine ganz beträchtliche.

Umgekehrt wurde beim Schwefel eine bedeutende Mehrausscheidung konstatiert. Die betreffenden Zahlen lauten:

	Fall I	Fall II	Fall III
I. Periode	+ 4,493	+ 8,3948	+ 5,4098
II. Periode	+ 9,0779	+ 20,7513	+ 9,2474
III. Periode	+ 10,1804	+ 9,6834	—

Wo und aus welchem Grunde diese Stoffwechselanomalie bewirkt wird, läfst sich zurzeit wohl kaum erkennen, denn einerseits liegen keine Vergleichsanalysen vor und anderseits sind die theoretischen Ansichten besonders über den Magnesiumstoffwechsel noch zu wenig abgeklärt, als dafs sie bereits in unserem Spezialfall benutzt werden könnten. Wir fassen also das Resultat unserer Untersuchungen folgendermafsen zusammen:

Bei den von uns untersuchten Fällen von Psoriasis wurde durchgehends eine Retention von Magnesium und eine Mehrausscheidung von Schwefel beobachtet.

Literatur.

ABDERHALDEN, E., Lehrbuch der physiologischen Chemie. 1910.
ALBU u. NEUBERG, Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels. Springer, Berlin 1906.
BENEKE, F. W., Grundlinien der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin 1874.
GROSZ, S., Über Beziehungen einiger Dermatosen zum Gesamtorganismus. *Wien. klin. Wochenschr.* 1899. Nr. 12, S. 211.
HÖBER, R., Physikal. Chemie der Zelle und der Gewebe. Leipzig 1902.
HOPPE-SEYLERS, Handbuch der physiol.-pathol. Analyse. 8. Auflage. Hirschwald, Berlin 1909.
KÖPPE, A., Physikalische Chemie in der Medizin. Wien 1900.
v. NOORDEN, C., Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels. 2 Bände. Hirschwald, Berlin 1906 u. 1907.
v. NOORDEN, C., u. BELGARDT, Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel. 1895. Heft 3.
OTT, A., *Dtsch. Archiv f. klin. Med.* 1902. Bd. 70.
— *Zeitschr. f. klin. Med.* 1903. Bd. 50.

Tabelle A.
Harnanalysen.

Fall I. St., Rudolf.

Datum	Harnmenge in 24 Stunden	Spez. Gewicht	P_2O_5		SO_3		CaO		MgO		Chloride	
			%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge
I. Periode												
19. XII.	1390	1024	0,12	1,668	0,25	3,475	0,025	0,354	0,006	0,083	1,19	16,54
20. XII.	1050	1028	0,186	1,953	0,292	3,066	0,03	0,315	0,006	0,063	1,01	10,60
21. XII.	1110	1029	0,23	2,553	0,3	3,333	0,03	0,333	0,007	0,063	1,06	11,76
22. XII.	900	1029	0,22	1,980	0,33	2,970	0,03	0,270	0,006	0,054	1,07	9,63
23. XII.	900	1029	0,23	2,070	0,32	2,880	0,035	0,315	0,007	0,063	1,02	9,18
II. Periode												
9. I.	1350	1024	0,179	2,416	0,27	3,645	0,066	0,891	0,007	0,095	0,987	13,32
10. I.	710	1026	0,209	1,483	0,26	1,846	0,025	0,177	0,007	0,056	1,22	8,66
11. I.	1150	1026	0,23	2,640	0,33	3,795	0,018	2,207	0,005	0,057	0,865	9,95
12. I.	1500	1026	0,21	3,15	0,27	1,35	0,016	0,240	0,005	0,075	0,865	12,97
13. I.	1010	1027	0,23	3,323	0,315	3,182	0,017	0,172	0,007	0,071	0,865	8,73
III. Periode												
30. I.	1080	1025	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31. I.	1290	1025	0,317	4,089	0,27	3,599	0,02	0,258	0,007	0,097	0,859	11,08
1. II.	1100	1025	0,332	3,652	0,29	3,179	0,015	0,159	0,007	0,077	0,859	9,449
2. II.	1710	1021	0,168	2,873	0,25	4,275	0,016	0,285	0,014	0,246	0,608	11,39
3. II.	1250	1024	0,213	2,663	0,28	3,550	0,038	0,354	0,003	0,066	0,643	8,038

Tabelle B.
Harnanalysen.

Fall II. W., Adolf.

Datum	Harnmenge in 24 Stunden	Spez. Gewicht	P_2O_5		SO_3		CaO		MgO		Chloride	
			%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge

Tabelle B.

Harnanalysen.

Fall II. W., Adolf.

Datum	Harnmenge in 24 Stunden	Spez. Gewicht	P_2O_5		SO_3		CaO		MgO		Chloride	
			%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge
I. Periode												
31. I.	1880	1033	0,206	4,313	0,347	6,523	0,023	0,432	0,009	0,169	1,169	21,977
1. II.	510	1036	0,303	1,178	0,346	1,765	0,018	0,095	0,01	0,051	1,215	6,196
2. II.	820	1036	0,313	2,566	0,368	3,017	0,038	0,250	0,007	0,057	1,163	9,536
3. II.	920	1033	0,314	2,889	0,351	3,229	0,019	0,236	0,009	0,082	1,128	10,377
II. Periode												
13. II.	1400	1027	0,296	4,144	0,26	3,710	0,016	0,224	0,007	0,095	0,877	12,278
14. II.	1200	1028	0,312	3,744	0,289	3,468	0,016	0,192	0,019	0,230	0,703	9,396
15. II.	1100	1027	0,286	3,146	0,394	4,334	0,019	0,209	0,009	0,099	0,813	8,943
16. II.	980	1029	0,361	3,538	0,341	3,3418	0,025	0,245	0,009	0,088	0,848	8,314
III. Periode												
28. II.	1400	1023	0,241	3,374	0,316	4,421	0,023	0,329	0,007	0,098	0,842	11,536
1. III.	1030	1032	0,358	3,687	0,421	4,342	0,037	0,380	0,011	0,113	0,965	9,939
2. III.	1210	1027	0,305	3,690	0,353	4,271	0,029	0,357	0,0318	0,384	0,766	9,268
2. III.	1722	1021	0,21	3,616	0,288	4,959	0,021	0,369	0,017	0,292	0,760	13,087

Tabelle C.
Harnanalysen.

Fall III. E., Walpurga.

Datum	Harnmenge in 24 Stunden	Spez. Gewicht	P_2O_5		SO_3		CaO		MgO		Chloride	
			%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge
I. Periode												
6. III.	1890	1008	0,089	1,702	0,138	2,608	0,022	0,427	0,008	0,151	0,462	8,732
7. III.	400	1027	0,353	1,412	0,334	1,336	0,052	0,208	0,031	0,124	0,631	2,524
8. III.	1090	1017	0,181	1,972	0,177	1,929	0,038	0,422	0,019	0,207	0,475	5,155
9. III.	820	1013	0,248	2,036	0,243	1,992	0,051	0,416	0,025	0,205	0,684	5,608
10. III.	820	1025	0,243	1,992	0,248	2,033	0,049	0,405	0,021	0,221	0,748	6,134
II. Periode												
21. III.	1770	1017	0,159	2,814	0,192	3,398	0,024	0,424	0,015	0,265	0,643	11,382
22. III.	1270	1020	0,213	2,705	0,258	3,276	0,032	0,403	0,018	0,228	0,649	8,243
23. III.	820	1015	0,184	1,508	0,195	1,599	0,021	0,771	0,021	0,173	0,479	3,928
24. III.	1040	1018	0,197	2,048	0,208	2,163	0,027	0,286	0,019	0,206	0,197	2,049

Tabelle D.
Analyse der Faeces.

Fall I. St., Rudolf.

10. III.	820	1025	0,243	1,992	0,248	2,033	0,049	0,405	0,021	0,221	0,748	6,134
						II. Periode						
21. III.	1770	1017	0,159	2,814	0,192	3,398	0,024	0,424	0,015	0,265	0,648	11,882
22. III.	1270	1020	0,213	2,705	0,258	3,276	0,032	0,403	0,018	0,228	0,649	8,248
23. III.	820	1015	0,184	1,508	0,195	1,599	0,021	0,771	0,021	0,173	0,479	3,928
24. III.	1040	1018	0,197	2,048	0,208	2,163	0,027	0,286	0,019	0,206	0,197	2,049

Tabelle D.

Analyse der Faeces.

Fall I. St., Rudolf.

Datum	Menge Gramm	P_2O_5		SO_3		CaO		MgO		Chloride	
		%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge	%	Gesamt-menge
					I. Periode						
19. XII.	190	1,77	3,363	1,01	1,919	2,88	5,474	0,059	0,112	0,047	0,089
20. XII.	146	1,87	2,730	1,01	1,474	2,89	4,219	0,076	0,111	0,21	0,306
21. XII.					Keine Faeces						
22. XII.	473	2,19	10,359	1,62	7,662	3,7	17,501	0,078	0,369	0,094	0,444
23. XII.	206	1,84	3,790	1,81	3,728	2,48	5,108	0,031	0,063	0,094	0,194
					II. Periode						
9. bis 13. I.	823	1,33	10,971	0,667	5,489	4,385	36,088	0,087	0,723	0,109	0,897
					III. Periode						
31. I. bis 3. II.	601	2,425	14,574	0,79	4,747	5,12	30,789	0,089	0,539	0,049	0,297

Tabelle E.

Analyse der Faeces.

Fall II. W., Adolf.

Datum	Menge Gramm	P_2O_5 %	P_2O_5 Gesamtmenge	SO_3 %	SO_3 Gesamtmenge	CaO %	CaO Gesamtmenge	MgO %	MgO Gesamtmenge	Chloride %	Chloride Gesamtmenge
					I. Periode						
31. I. bis 3. II.	1095	0,876	8,606	0,411	4,496	1,769	19,370	0,159	1,749	0,087	0,959
					II. Periode						
13. II. bis 16. II.	1097	1,366	14,985	1,46	16,016	3,665	40,205	0,107	1,174	0,058	0,640
					III. Periode						
28. II. bis 3. III.	463	1,258	5,824	0,438	2,0279	6,953	32,192	0,151	0,699	0,117	0,547

Tabelle F.

Analyse der Faeces.

Fall III. E., Walpurga.

Datum	Menge Gramm	P_2O_5 %	P_2O_5 Gesamtmenge	SO_3 %	SO_3 Gesamtmenge	CaO %	CaO Gesamtmenge	MgO %	MgO Gesamtmenge	Chloride %	Chloride Gesamtmenge
					I. Periode						
6. III. bis 10. III.	933	1,716	16,01	0,232	2,064	1,873	17,474	0,081	0,755	0,107	0,998
					II. Periode						
21. III. bis 24. III.	660	2,316	17,046	0,506	3,728	2,977	21,925	0,127	0,934	0,152	1,118

Tabelle G.

Bilanz.

Fall I. St., Rudolf.

I. Periode.

	Gramm	CaO	MgO	NaCl	P_2O_5	SO_3
Brot	2160	1,7712	1,447	27,302	7,776	6,696
Eier	500	0,385	0,110	1,05	1,75	0,044
Rindfleisch	910	0,209	0,227	4,22	2,248	1,583
Milch	8610	14,216	0,888	15,1	15,993	17,77
Kaffee	2800	0,728	0,132	0,812	1,12	—
Gesamteinfuhr		17,3092	2,804	47,474	28,887	26,093
Gesamtausfuhr		33,9885	1,978	58,755	30,41	30,58
Differenz		+ 16,6793	— 0,826	+ 11,281	+ 1,637	+ 4,493

II. Periode.

	Gramm	CaO	MgO	NaCl	P_2O_5	SO_3
Brot	2105	1,7261	1,447	26,6072	7,578	6,5255
Eier	500	0,385	0,11	1,05	1,75	0,044
Rindfleisch	910	0,209	0,227	4,22	2,248	1,583
Milch	10382	16,6127	1,03829	17,6510	18,689	2,0765
Kaffee	1187	0,3086	0,05578	0,3442	0,4748	—
Gesamteinfuhr		19,2414	2,8770	49,8724	30,7399	10,229
Gesamtausfuhr		37,7757	1,0720	58,618	23,9839	19,3069
Differenz		+ 18,5343	— 1,8050	+ 8,746	— 6,7560	+ 9,0779

III. Periode.

	Gramm	CaO	MgO	NaCl	P_2O_5	SO_3
Brot	1880	1,5416	1,2596	23,7632	6,768	5,828
Eier	500	0,385	0,11	—	1,75	0,044
Rindfleisch	700	0,161	0,1725	—	1,729	1,218
Milch	9907	15,8515	0,9907	—	17,8329	1,9814
Wasser	800	0,208	0,032	—	—	—
Gesamteinfuhr		18,1471	2,5648	44,9036	28,0799	9,0714
Gesamtausfuhr		31,7454	1,0256	40,2603	27,8508	19,2510
Differenz		+ 13,5983	— 1,4392	— 4,6433	— 0,2291	+ 10,1804

Tabelle H.

Bilanz.

Fall II. W., Adolf.

I. Periode.

	Gramm	CaO	MgO	NaCl	P_2O_5	SO_3
Brot..........	2215	1,8163	1,48485	27,4976	7,9740	6,8665
Eier..........	500	0,385	0,11	1,05	1,75	0,044
Rindfleisch....	670	0,1541	0,1651	3,1088	1,6549	1,1658
Milch.........	12777	20,4752	1,2797	21,7549	23,0346	2,5594
Wasser.......	500	0,104	0,0188	—	—	—
Gesamteinfuhr		22 9346	3,0577	53,4113	34,4135	10,6357
Gesamtausfuhr		20,3836	2,1098	49,0471	19,5530	19,0305
Differenz		— 2,5510	— 0,9479	— 4,3642	— 14,8605	+ 8,3948

II. Periode.

	Gramm	CaO	MgO	NaCl	P_2O_5	SO_3
Brot..........	1895	1,5739	1,2696	23,9528	6,822	5,8745
Eier..........	500	0,385	0,11	1,05	1,75	0,044
Rindfleisch....	730	0,1679	0,1799	3,3872	1,803	1,2702
Milch.........	13003	20,8048	1,3003	22,1051	23,4054	2,6006
Wasser.......	700	0,182	0,0329	—	—	—
Gesamteinfuhr		23,1132	2,8927	50,4951	33,7804	9,7893
Gesamtausfuhr		41,2182	1,5339	48,7278	25,9316	30,5406
Differenz		+ 18,1046	— 1,3588	— 1,7673	— 7,8488	+ 20,7513

III. Periode.

	Gramm	CaO	MgO	NaCl	P_2O_5	SO_3
Brot..........	2040	1,6728	1,3668	25,7856	7,344	6,324
Eier..........	500	0,385	0,11	1,05	1,75	0,044
Rindfleisch....	740	0,1702	0,1824	3,4336	1,8772	1,2876
Milch.........	13419	21,4704	1,3419	22,8123	24,1572	2,6838
Gesamteinfuhr		23,6984	3,0011	53,0815	35,1254	10,3394
Gesamtausfuhr		33,6268	1,5878	44,3730	20,1926	20,022
Differenz		+ 9,9284	— 1,4133	— 8,7085	— 14,9328	+ 9,6834

Tabelle J.

Bilanz.

Fall III. E., Walpurga.

I. Periode.

	Gramm	CaO	MgO	NaCl	P_2O_5	SO_3
Brot..........	1609	1,3193	1,078	20,3377	5,7924	4,9879
Eier..........	1000	0,7700	0,22	2,1	3,5	0,088
Rindfleisch....	225	0,0518	0,0555	1,044	0,5557	0,3915
Milch..........	5435	8,696	0,5435	9,2375	9,783	1,087
Kaffee........	2735	0,7163	0,1195	0,7989	1,102	—
Kochsalz......	10	—	—	10,0	—	—
Gesamteinfuhr		11,5534	2,0165	43,5181	20,7331	6,5544
Gesamtausfuhr		19,1514	1,6634	29,151	40,4424	11,9642
Differenz		+ 7,5980	— 0,3531	— 14,3531	+ 19 7093	+ 5,4098

II. Periode.

	Gramm	CaO	MgO	NaCl	P_2O_5	SO_3
Brot..........		0,8323	0,6800	12,8296	3,654	3,1465
Eier..........		0,616	0,176	0,168	2,8	0,0704
Rindfleisch....		0,0575	0,0615	1,16	0,617	0,435
Milch..........		7,0512	0,4407	7,4919	7,9326	0,8814
Kaffee........		0,4345	0,1163	0,7177	0,99	—
Kochsalz......		—	—	16,0	—	—
Gesamteinfuhr		8,9915	1,4745	38,3672	15,9936	4,5333
Gesamtausfuhr		19,9387	1,4313	26,6041	24,3626	13,7807
Differenz		+ 10,9472	— 0,0432	— 11,7631	+ 8,3310	+ 9,2474

Aus dem Mjassnitzkikrankenhaus zu Moskau.

Bemerkungen zur Frage der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung unter spezieller Berücksichtigung der WASSERMANNschen Reaktion.

Von

Dr. ARTHUR JORDAN.

Ein ganzes Jahr besitzen wir jetzt bereits das schöne EHRLICHsche Mittel, das Salvarsan. Mehr oder weniger wissen wir, wo es die alten Mittel gegen Lues übertrifft und wo es andererseits besser zu vermeiden ist. Aber noch schwanken die Ansichten über die beste Art der Injektion, trotz der augenblicklichen, allgemeinen Neigung zur intravenösen Anwendungsweise. Desgleichen sind wir uns noch nicht genügend klar, wie häufig eingespritzt werden soll und ob und wie das Salvarsan mit Quecksilber und Jodkalium kombiniert werden soll. Gewifs ist, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann[1], dafs das Salvarsan im grofsen ganzen vorzüglich vertragen wird und spezifisch wirkt, aber ebenso, dafs eine Therapia magna sterilisans durch eine und wohl auch mehrere Einspritzungen nicht oder höchstens nur in seltenen Fällen erreicht wird, da Rezidive nicht ausbleiben. Unter 39 von mir im Mjassnitzkihospital zu Moskau allein mit Salvarsan behandelten und gröfstenteils sechs Monate hindurch beobachteten Fällen der sekundären und teilweise der tertiären Periode, von denen 20 je 1, 19 je 2, resp. auch 3 Einspritzungen erhalten hatten, sind 12 an Rezidiven erkrankt. In allen diesen 39 Fällen war das Salvarsan intramuskulär, teils in alkalischer oder saurer Lösung, teils in neutraler oder alkalischer Emulsion injiziert worden und zwar dort, wo es zu den Rezidiven kam, zweimal in der Dosis von 1,0 (die erste Injektion zu 0,4, die zweite zu 0,6); fünfmal von 0 5, dreimal von 0,4 und einmal von 0,3. In der Mehrzahl dieser Fälle kann somit die injizierte Dosis des Salvarsans als nicht zu klein angesehen werden. Die Rezidive bestanden in folgenden Erscheinungen: zweimal in einem allgemeinen Exanthem, viermal in lokalisierten Papeln, zweimal in papulöser Angina, zweimal in nächtlichen Kopfschmerzen und je einmal in syphilitischem Haarschwund, bzw. in einer

[1] A. JORDAN, Über Prof. EHRLICHS Arsenobenzol und einige Versuche mit demselben. *St. Petersburger med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.

A. JORDAN, Kurze Mitteilung über 64 Fälle von Salvarsananwendung. *Ther. Rundschau* (russische). 1911. Nr. 3.

Parese des rechten Facialis. Die Zeit des Ausbruchs der Rezidive schwankte zwischen dem 22. und 75. Tage nach der Einspritzung. Alles das sind aber schon vielfach besprochene Erscheinungen, so dafs sie kaum der Erwähnung bedürfen, wesentlicher ist das Verhalten der WASSERMANNschen Reaktion [2], welche zur Zeit des Auftretens des Rezidivs sechsmal ++++, einmal ++, einmal +, einmal ± und dreimal — ergab. So verständlich das Auftreten eines Rezidivs bei positiv gebliebenem, resp. wieder positiv gewordenem WASSERMANN ist, so unverständlich erscheint ein solches bei negativem oder zweifelhaftem WASSERMANN. In den vier derartigen Fällen von mir handelte es sich in zweien um Kranke, die früher sehr viel Quecksilber erhalten hatten und in den beiden anderen Fällen um Kranke mit frischer Lues, wo die Rezidive, das eine Mal eine lokalisierte Papel auf der Eichel, das andere Mal eine Facialisparese auf der einen Seite, in dem kurzen Intervall zeitweiliger negativer WASSERMANNscher Reaktion nach der Einspritzung von Salvarsan auftraten. Bald nachher wurde die WASSERMANNsche Reaktion wieder positiv, so dafs das negative Verhalten der WASSERMANNschen Reaktion zur Zeit der Rezidive nicht so überraschen kann. Überhaupt wurde die WASSERMANNsche Reaktion in meinen 39 allein mit Salvarsan behandelten Fällen nur in 10, d. h. in 26,3 % negativ, in 1 Fall war sie vor der Injektion negativ und blieb sie negativ, in 28, d. h. 73 %, blieb sie positiv. Das Verhalten der WASSERMANNschen Reaktion war daher nach meinen Beobachtungen, zumal da noch zwei meiner negativ gewordenen Fälle sehr bald wieder positiv wurden, lange nicht so befriedigend, wie es NEISSER [3], LANGE [4], SCHREIBER [5] usw. angeben, welche in 44 bzw. 56 und gar 80 % ein Negativwerden der Reaktion beobachten konnten. Gleich den meisten übrigen Syphilidologen kombinierte ich infolge dessen die Salvarsanbehandlung mit dem Quecksilber, wobei ich derart zuwerke ging, dafs ich in der einen Reihe von Fällen erst nach 15—20 Injektionen einer 2 %igen Sublimatlösung das Salvarsan, teils in alkalischer Lösung nach ALT intramuskulär, teils intravenös anwandte, in einer zweiten Reihe von Fällen umgekehrt zuerst Salvarsan und dann Quecksilber injizierte und endlich in einer dritten Reihe von Fällen mit einigen Quecksilberinjektionen begann, in der Mitte der Kur Salvarsan und zuletzt wieder Quecksilber einspritzte. Einerlei aber wie die Kombination

---

[2] Die WASSERMANNsche Reaktion wurde an allen meinen Kranken allwöchentlich einmal in liebenswürdiger Weise von dem Kollegen Dr. JUL. FINKELSTEIN unter Assistenz der Ärztin D. BOROWSKAJA nach der ursprünglichen WASSERMANNschen Methode angestellt. Näheres berichtet die in russischer Sprache erschienene Broschüre: Dr. JUL. FINKELSTEIN, Die Serodiagnostik der Syphilis. Moskau 1911.

[3] *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 32.

[4] *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.

[5] *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.

vorgenommen wurde, im allgemeinen läſst sich sagen, daſs das Quecksilber und Salvarsan, ebenso wie auch das Salvarsan und Jodkalium sich gut mit einander vertragen. Am besten scheint es mir aber dennoch anfangs Quecksilber und zum Schluſs Salvarsan zu geben, da auf diese Weise die schöne Nebenwirkung des Salvarsans, der allgemeinen Kräftigung des Organismus, nicht verloren geht, während im umgekehrten Fall dieses von mir vermiſst wurde. Im ganzen habe ich 97 Kranke meiner Abteilung des Mjassnitzkihospitals kombiniert behandelt, davon betrafen 45 Fälle von Syphilis condylomatosa recens, 38 von Syphilis condylomatosa recidiva, 9 von Syphilis gummosa, 2 von Syphilis latens der Frühperiode und 3 von Parasyphilis. Die sekundären und tertiären Erscheinungen schwanden in allen Fällen, die parasyphilitischen Veränderungen in Form von Lähmungen besserten sich. Wenn auch die Beobachtungszeit meiner kombiniert behandelten Fälle gröſstenteils nur etwa drei Monate beträgt, fällt es doch auf, daſs ich bisher nur 5 Rezidive beobachtet habe, also bedeutend weniger als bei meinen allein mit Salvarsan behandelten Fällen. Diese fünf Rezidive traten zwischen dem 30. und 60. Tage nach abgeschlossener Behandlung auf und bestanden zweimal in papulöser Angina, je einmal in ulceröser Angina, nächtlichem Kopfschmerz und Lues cerebri. Der letztere Fall betraf einen 60jährigen Mann, welcher sich frisch luetisch infiziert hatte und zuerst eine Injektion von 0,5 Salvarsan intramuskulär, in neutraler Emulsion nach Blaschko, erhielt und dann noch 30 Einreibungen machte. Nach 30 Tagen erkrankte der Mann an Hirnlues: Schwindelgefühl, Erbrechen und Kopfschmerz, welche Erscheinungen unter 20 Spritzen einer 2 %igen Lösung von Hg bibromati und Jodkaliumgebrauch schwanden. Jedoch schon nach weiteren 14 Tagen erlitt der Kranke einen apoplektischen Insult und wurde von den Angehörigen in eine andere Stadt gebracht, so daſs mir sein weiteres Schicksal unbekannt ist.

Wie steht es aber mit der Wassermannschen Reaktion? Sie blieb stark positiv (++++) in 28 Fällen oder 30,5 % und ging herunter in 64 Fällen, bzw. 69,5 %. Fünf Fälle müssen unberücksichtigt bleiben, da die Reaktion nicht genügend oft geprüft werden konnte. Es ergibt also auch in bezug auf die Wassermannsche Reaktion die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung ein besseres Resultat, als die reine Salvarsanbehandlung, jedoch nicht ein so günstiges, wie es auf den ersten Blick erscheint, denn unter den 64 Fällen, wo die Reaktion zurückging, wurde sie nur in 33 Fällen, bzw. 35,9 % vollkommen negativ, in 15 ging sie auf 1 Plus, in 10 auf 2 Plus und in 6 auf 3 Plus herunter. Immerhin ein schönes Resultat der Behandlung, selbst wenn nicht auſser acht gelassen wird, daſs unter den 33 Fällen mit negativ gewordener Wassermannscher Reaktion in 8 Fällen die Reaktion nach einigen Wochen wieder positiv wurde. Noch bessere Resultate haben andere Autoren, wie z. B. Heuck und

JAFFE[6] durch die kombinierte Behandlung erzielt, nämlich ein Negativwerden der Reaktion in gar 90%. Eine sehr häufige Erscheinung ist, daſs die WASSERMANNsche Reaktion bei veränderter Behandlung, sei es mit Salvarsan, sei es mit Quecksilber, für einige Zeit wieder ansteigt, wenn sie schon die Neigung gezeigt hatte zum Abfallen, um nach einiger Zeit erst definitiv herunterzugehen. Meine an Zahl freilich noch geringen Versuche mit der reinen Salvarsanbehandlung, wie mit der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung sprechen dafür, daſs unter der letzteren die Rezidive seltener zu sein scheinen, oder jedenfalls länger auf sich warten lassen und die WASSERMANNsche Reaktion häufiger negativ wird. Eine Therapia magna sterilisans läſst sich freilich auch durch eine kombinierte Quecksilber-Salvarsankur nicht erzielen, sondern, nach wie vor, bedürfen die Luetiker einer Reihe von Kuren, unter denen die kombinierten Quecksilber-Salvarsankuren jedenfalls der Beachtung und weiteren Prüfung wert sind.

Versammlungen.

Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 26. März (8. April) 1911.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

1. JELZINA zeigt mehrere Fälle von **extragenitaler Syphilis:** a) Eine Familie aus einer Mutter, einer elfjährigen Tochter und einem Säugling bestehend; das Mädchen, welches ihre Syphilis auf unbekannte Weise akquiriert hatte, infizierte ihren kleinen Bruder (Sklerose an der Zunge); der Säugling hat nun seinerseits die Mutter angesteckt. b) Eine Familie, wo beide Eltern syphilitisch sind; die Mutter brachte ein hereditär-syphilitisches Kind zur Welt, das zugrunde ging; vom Kinde aber wurde das siebenjährige Mädchen bereits infiziert und bekam eine Sklerose der oberen Lippe.

Gleichzeitig berichtet JELZINA über einen dritten Fall, wo Mutter und Tochter beide von einem Säugling angesteckt wurden; der Säugling aber hatte seine Syphilis von der Groſsmutter, die ihn pflegte, bekommen.

Alle solche und ähnlichen Fälle von extragenitaler Syphilis erklärt die Vortragende als Folge der elenden Lebensverhältnisse der armen Dorf- und Stadtbewohner, wobei nach J.s Meinung die Verhältnisse der Stadtbewohner oftmals noch schlechter seien, als die der Dorfbewohner; es ist z. B. nicht selten, daſs zwei bis drei Familien ein und dasselbe Zimmer bewohnen. Gelegentlich erwähnt wiederum JELZINA die äuſserste Notwendigkeit eines speziellen Kinderasyls, wo nicht nur die Kinder an Syphilis kranker Eltern, sondern auch die syphilitischen Kinder selbst, die das Spital verlassen, auch Fürsorge finden können; gerade diesen armen Kindern geht es am

---

[6] *Deutsche med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.

schlechtesten, da nach dem Austreten aus dem Spital sie sehr ungern in die Familie zurückgenommen werden.

2. Gundoroff zeigt einen Kranken mit einem **Ulcus molle des rechten Zeigefingers.** Als ein Chirurg den Patienten zum ersten Male sah, diagnostizierte er ein Panaritium und stellte die entsprechende Behandlung ein. Als nun G. den Kranken untersuchte, fand er aufser dem Geschwür des Zeigefingers noch ein solches am Frenulum; dieses letztere, erklärte der Patient, hätte sich erst nach der Erkrankung des Fingers gebildet. Die Eigentümlichkeit des vorliegenden Falles liegt nach G.s Ansicht darin, dafs erstens die Vergröfserung nicht nur der entfernten, sondern auch der naheliegenden Drüsen gänzlich fehlt und zweitens, dafs das Geschwür so tief bis an den Knochen eindringt, dafs das entsprechende Os phalang. blofsliegt. Die Diagnose des Ulcus molle wurde mikroskopisch bestätigt.

Diskussion: Sowinsky fragt, ob die Kontrollfärbung nach Gram vorgenommen worden ist. Gundoroff erwidert darauf, dafs es ganz überflüssig gewesen wäre, da bei der Färbung nach Querat-Ziel ganz typische Ducreysche Bazillen gefunden worden sind.

3. Terebinsky zeigt: a) einen Fall von **papulösem Riesensyphilid**; b) einen Kranken mit **Hydroa vacciniformis.** Seit elf Jahren rezidiviert die Krankheit; die Gesichtshaut und die Haut der Handrücken ist mit Narben bedeckt, die an Pockennarben erinnern.

4. Mamonoff demonstriert einen Fall von **Lupus erythematodes an der Schleimhaut der unteren Lippe.** Krankheitsdauer zwei Jahre.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 107. Heft 3. April 1911.

1. **Hypertrichosis lumbalis ohne Spina bifida,** von Moritz Schein-Budapest. 14jähriger Schneiderlehrling mit scharf begrenztem rhomboiden behaarten Fleck über dem ersten bis fünften Lendenwirbel, deren Dornfortsätze sehr stark hervorragen; es besteht also keine Spina bifida. Das Haarfeld ist angeboren. Dafs auch hier Wachstumstörungen die Ursachen bilden und dafs auch bei fehlender Spina bifida eine Verzögerung der Vereinigung der Wirbeldornfortsätze die Ursache der Störungen in der Haut und im Wachstum seiner Anhänge bildet, legt Verfasser in sehr interessanten Ausführungen unter wiederholtem Eingehen auf die einschlägige Literatur dar.

2. **Einige histologische Betrachtungen über Hauthörner,** von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Untersuchungsbefunde von drei Fällen: „Das Hauthorn ist eine rein epidermale, keineswegs papillare Verbildung. Die Epidermis wird rasch ausgehöhlt und gleicht darin dem Molluscum contagiosum. Die Höhlungen füllen sich mit keratinisierenden Zellen, die sich rapid vermehren. Viele von ihnen sammeln sich an nestartigen Punkten, den sogenannten „Quellen". Derartig angehäufte Zellen bilden keratinisierte vertikale „Gipfel". Zellen aus der Umgebung der Basis und der Seiten füllen die Zwischenräume mit keratinisierten Lamellen." Dem Artikel sind acht gute Abbildungen beigegeben.

3. **Die Ergebnisse der Anwendung des atoxylsauren Quecksilbers in der Therapie der Syphilis,** von David Seldowitsch-Moskau. 222 Fälle von Syphilis der

LessERschen Klinik in Berlin wurden intramuskulär mit Emulsionen von atoxylsaurem Hg in Ol. oliv. in der Weise behandelt, dafs auf eine Kur etwa 0,5 g Hg atox. kamen. Die Erfolge waren gut, aber keine glänzenden; die Injektionen meist schmerzhafter als nach anderen Präparaten, die Nachhaltigkeit der Wirkungen durchweg geringer.

4. **Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome (Cutismyome),** von E. Kretzmer-Dortmund. Es handelte sich um einen gesunden kräftigen italienischen Bergmann, der im Verlaufe des hinteren Teiles der achten linken Rippe eine beträchtliche Anzahl kleiner Geschwülstchen von etwa mehr als Haferkorngröfse aufwies. In der Mitte der Gruppe fand sich eine gröfsere schmerzhafte Geschwulst, die zusammen mit einer Anzahl der kleineren entfernt und untersucht werden konnte.

5. **Weitere Beiträge zur Kenntnis des Molluscum contagiosum,** von B. Lipschütz - Wien. Resultate der seit früheren Publikationen fortgesetzten Untersuchungen über das Molluscum contagiosum: In den Retezellen finden sich 1. die tief dunkelrot gefärbten „Elementarkörperchen“, die sich mit der feuchten Giemsa-Methode regelmäfsig nachweisen lassen und die L. für das Virus des Molluscum contagiosum ansieht; 2. die zerstreut angeordneten plumpen (nach Pappenheim rot, nach Giemsa blau gefärbten) Reaktionsprodukte der Zelle, die er unterscheidet a) im Protoplasma der geblähten Retezellen zerstreut angeordnete pyroninrote Kernsubstanzen und b) die „Molluscumkörper“ (Henderson und Paterson). „Diese zwei verschiedenartigen Reaktionsprodukte des Gewebes stehen genetisch zueinander in keiner Beziehung. Die „Molluscumkörper“ sind streng an die obere Gewebsschicht gebunden, als Ausdruck einer örtlichen gesetzmäfsigen Lokalisation der sogenannten „Einschlüsse“, ähnlich wie beispielweise die Negrischen Körperchen bei der Lyssa blofs in bestimmten Anteilen des Nervensystems sich vorfinden.

Die der Entstehung der „Molluscumkörper“ zugrunde liegende Degeneration dürfte eine keratinartige sein. Das Mulluscumvirus ist auf Tiere nicht übertragbar. Für das Virus des Molluscum contagiosum, welches zu den Strongyloplasmen gehört, wird die Bezeichnung Strongyloplasma hominis vorgeschlagen.“

6. **Über Lymphangitis carcinomatosa der Haut bei Magencarcinom,** von P. Geipel - Dresden. Bei einem 38jährigen Bierverleger trat im Anschlufs an ein Magencarcinom eine carcinomatöse Lymphangitis ausgedehntester Art auf, indem vom Ductus thoracicus aus das Carcinom in sämtliche zuführenden Lymphspalten hineinwuchs und dabei in Gewebe und Organe eindrang, die gewöhnlich von einer sekundären Erkrankung frei bleiben, so z. B. die Schleimhaut der Trachea, des Kehlkopfes usw. Dabei ist die Beschaffenheit der Wände der kleineren Lymphspalten wenig alteriert, so dafs dieselben wie in einem Injektionspräparate demonstriert sind. Besonders interessant liefs sich dies in der Haut nachweisen, die sich klinisch, besonders oberhalb des rechten Schlüsselbeins, livid gerötet und eigentümlich derb infiltriert zeigte.

7. **Die Beeinflussung der Phagocytose nach Darreichung einiger Antiluetica (Sublimat, Kalomel, Salvarsan),** von Eduard Neuber-Paris. Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen, die zeigen, dafs im allgemeinen die Antiluetica in sehr grofser Dosis auf die Phagocytose hemmend einwirken, während sie in mittleren und kleineren Dosen einen günstigen Einflufs ausüben.

8. **Bemerkungen zu „Vergleichende Untersuchungen der Originalmethode nach Wassermann mit den übrigen gebräuchlichen Modifikationen“ von Hoehne und Kalb,** von Hugo Hecht-Prag.

9. **Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen von Hugo Hecht,** von Fritz Hoehne-Frankfurt a. M. Polemik. *W. Lehmann-Stettin.*

The British Medical Association.

78. Jahresversammlung, London 1910.

Section of Dermatology. (*Brit. med. Journ.* 24. September 1910.)

Einleitung zur Diskussion über die Diagnose und Behandlung der Syphilis, von E. J. Feibes-Aachen. F. schildert die verschiedenen Methoden des Nachweises der Spirochäten und erwähnt besonders dieSchereschewskysche Modifikation der Giemsaschen Färbung sowie die Meirowskysche Art der Gewinnung von gefärbten Parasiten durch Applikation von Methylenviolettpasta auf die luetischen Läsionen. Ferner schildert er genauer die in Aachen übliche Routine der Schmierkur.

Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris nebst Bemerkungen über die Ätiologie dieses Leidens, von J. G. Tomkinson-Glasgow. Unter Mitgabe von mehreren Photogrammen von makroskopischen und von mikroskopischen Befunden schildert T. einen Fall bei einem 30jährigen Steinschleifer in einer Lithographieranstalt. Die Affektion fing bereits vor 16 Jahren, zunächst an den Händen, an und hat seitdem bei fortschreitender Ausbreitung namentlich solche Stellen ergriffen, welche besonders einen öfteren Druck ausgesetzt sind. Neben diesem äufseren Momente sucht Verfasser aber auch nach internen Faktoren zur Erklärung der Ätiologie.

Die Serumdiagnose der Syphilis, von J. E. R. McDonagh. Unter anderem bemerkt Redner, dafs er mit nichtinaktiviertem Serum die Reaktion mit gröfserer Präzision hat eintreten sehen als mit inaktiviertem; er verwendet dabei die Wechselmannsche Methode der Füllung mit Bariumsulphat und findet, dafs es sich der Mühe verlohnt, beide Methoden gleichzeitig auszuführen. Bei einem Material von mehr als 5000 Fällen hat er 97 % positive Resultate zu verzeichnen gehabt. Als Probe auf die Wirksamkeit der jeweiligen Therapie zur Anwendung gebracht, liefs die Serumdiagnose erkennen, dafs die innerliche Behandlung mit Pillen weit weniger wirksam ist als eine regelrecht durchgeführte Inunktionskur.

Über den Wert einer Reisdiät bei gewissen akuten Hautkrankheiten, von L. D. Bulkley-New York. Bei besonders intensiven, akuten Dermatosen hat B. gute Erfolge gesehen bei strenger Durchführung einer Diät, die sich auf Brot, Butter, gekochten Reis und Wasser als ausschliefsliche Nahrung beschränkte. Der Reis wird mit nicht zu viel Wasser (ohne Milch) gekocht und im offenen Gefäfs überm Feuer noch stehen gelassen, bis er mehr oder weniger eingetrocknet ist und flockig wird, so dafs er mit einer Gabel gegessen werden kann. Salz und Butter darf man hinzutun. Die hier mitgeteilten Fälle umfassen als Beispiel ein akutes bullöses Erythema multiforme und akutes Ekzem. Auch bei akutem Lichen planus, Dermatitis herpetiformis und Urticaria sowie heftig einsetzender Psoriasis war die Vorschrift wirksam. Nach vier bis fünf Tagen der strengen Durchführung kann man zu kleinen Konzessionen übergehen.

Neuere Erfahrungen bei der Behandlung des Favus, von J. F. Halls Dally-London. Vor einigen Jahren waren die Fälle von Favus bei Kindern in London so zahlreich geworden, dafs die Verwaltungsbehörde sich entschlofs, eine Schule speziell für solche einzurichten, für Zwecke sowohl des Unterrichts wie der Behandlung. Dieselbe wurde im Juni 1906 eröffnet, und es sind dort 152 Kinder mit Favus der Kopfhaut behandelt worden; im Mai 1910 wurde die Schule geschlossen, da keine neuen Fälle mehr zur Aufnahme angemeldet wurden. Geheilt entlassen wurden 132 Kinder, während bei einigen das Resultat nicht sicher ist und Entlassungen aus anderweitigen Gründen erfolgten. Die zweckmäfsigste Behandlungsart ist zweifellos die Epilation mittels der Röntgenbestrahlung, wie dies bei 82 der Kinder angewandt wurde. Die Nachbehandlung besteht in der Anwendung von Umschlägen mit Cyllin, mit denen man 18 Tage nach der Bestrahlung anfängt, und welche 3 Tage lang fortgesetzt

werden, worauf 8—10 Tage lang nur Waschungen erfolgen. Später wird wöchentlich einmal Cyllin oder Izal aufgepinselt.

Bemerkungen über einige Abarten von Molluscum contagiosum, von P. S. Abraham-London. Es wird auf zwei ungewöhnliche Formen der Molluscumläsionen aufmerksam gemacht: bei der einen Art sind die Gebilde in dem Derma eingebettet und ragen nicht über die Oberfläche empor; bei der anderen, ebenfalls als irregulär zu bezeichnenden Form, bilden die dicht gedrängten Wucherungen ein kleines Hochplateau.

Einige Fälle von Aktinomykosis und Bemerkungen über die Behandlung mit Jodkalium, von R. B. Wild-Manchester. Unter vier Fällen starben zwei, während zwei andere Patienten bei Darreichung von grofsen Gaben Jodkalium genasen; es wurden eine Zeitlang achtmal täglich 1,8 g, also 14,4 g als Tagesdosis gegeben, und in 13 Monaten verbrauchte der eine Patient fast 2 kg des Medikamentes.

Einige Momente in bezug auf die Beseitigung von Haaren durch Elektrolyse, von W. Evans - London. Der Vortrag enthält einige nützliche aber nicht absolut neue praktische Winke.

Ein Fall von Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen zum Kapitel der Therapie, von G. Pernet-London. Bei dem 30jährigen Patienten endete das Leiden in etwa zwei bis drei Jahren tödlich. Von anderer Seite war dasselbe antisyphilitisch behandelt worden, wie es scheint, ohne Nachteil. Eine Injektion von polyvalentem Serum brachte eine zeitweilige Besserung. P. hält die Behandlung mit einer autogenen Vaccine für die rationellste. Es würde sich wohl um den Bacillus pyocyaneus handeln, den er bei einem anderen Falle wenigstens in Reinkultur in den Blasen antraf.

Untersuchungen über eine Dermatitis bei den Blumensammlern auf den Scillyinseln, den sogenannten „Lilienausschlag“, von D. Walsh-London. Auf den am südwestlichen Ende von England gelegenen Scillyinseln wird eine sehr ausgedehnte Blumenzucht getrieben, namentlich werden Frühjahrsblumen wie Affodyll (Osterblumen, gelbe Studenten) und Narzissen in ganz enormen Mengen gezüchte und versandt. Seit lange ist es bekannt, dafs die mit dem Einsammeln gerade dieser Blumen beschäftigten Arbeiter, die allerdings tagtäglich mehrere Tausende davon anfassen, an einer Dermatitis erkrankten, die dort als „Lily-rash“ bezeichnet wird. W. hat bei einem Besuch an Ort und Stelle einige Fälle beobachtet und hat auch Untersuchungen zur Feststellung des schädlichen Faktors angestellt, der offenbar im Safte enthalten ist.

Bemerkungen über Palaeogenese, von J. Hutchinson. H. bespricht eine Reihe von cutanen Färbungserscheinungen und Hautzeichnungen im Tierreich und geht auf deren paläogenetische Deutung ein; ferner stellt er dieselben in Analogie zu verschiedenen Eigentümlichkeiten der menschlichen Cutangebilde, wie die Leukodermie, Biettsche Streifen (Ichthyosis herpetica oder unilateralis), Ichthyosis, Xanthelasma usw.

Die Behandlung einiger Hautkrankheiten mittels Vaccinetherapie, von J. L. Bunch-London. Es wird eine interessante Krankengeschichte mitgeteilt von einem Fall von Lupus vulgaris, welcher bei Tuberkulininjektionen wenig Fortschritte machte und erst abheilte, als die konplizierenden Infektionen mit Staphylokokken und später mit Bacillus coli durch entsprechende Vaccinen beseitig waren. Weitere Beobachtungen betreffen Fälle von refraktärer Akne, einen Fall von Dermatitis mit Infektion mit Streptococcus pyogenes longus infolge eines Bisses durch eine Katze, Gonokokkeninfektion usw.

Diphtherie der Haut, von G. W. Dawson-London. Verfasser berichtet über drei eigene Beobachtungen von dieser Lokalisation des Leidens, bei dem der Klebs-Loefflersche Bacillus nachgewiesen wurde, und hierdurch (wenigstens in zwei Fällen)

Genesung herbeigeführt wurde. Aufserdem gibt er Auszüge aus Beobachtungen neueren Datums über sieben analoge Fälle von anderen Autoren und macht darauf aufmerksam, dafs bei neun Patienten dieser ganzen Serie (von zehn) sich keine Membranbildung vorfand.

Die Verwendung von fester Kohlensäure in der Dermatologie, von E. R. MORTON-London. M., der sich rühmen kann, die verschiedenen Methoden der Naevusbehandlung an mehr als 2000 Fällen erprobt zu haben, gibt der CO_2 für die allermeisten Fälle entschieden den Vorzug, namentlich beim sogenannten N. capillaris, der in 90% seiner Fälle durch eine einzige Applikation geheilt wurde. Bei der kavernösen Form war das Resultat etwas weniger gut, und die Anwendung der Elektrolyse war bei etwa 10% der Patienten nötig. Entschieden wirksam war die CO_2 auch bei Ulcus rodens (vier Fälle) und auch bei Lupus vulgaris und Lupus erythematosus.

Die Behandlung von Röntgenstrahlenverbrennungen, von A. EDDOWES-London. Für Rhagaden und kleinere Wunden ist die Applikation von Tinct. benzoes composita zu empfehlen; für ganz intraktable Geschwüre kommt die (alte MILTONsche) Durchtrennung aller zum betreffenden Gebiete gehörigen Hautnerven in Betracht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

The British Journal of Dermatology.

Juni 1911.

Akuter Lupus erythematosus (aigu d'emblée), von LESLIE ROBERTS-London. Der von R. hier veröffentlichte Fall dieser seltenen Art von Lupus erythematosus ist der elfte dieser Art, betraf ein 21jähriges Mädchen, bei welcher allgemeine Schmerzen an Armen und Beinen und etwa vier Wochen später der symmetrische Ausschlag an beiden Wangen, dann an Oberlippen, Augenlidern und Ohren auftraten. Zugleich bestanden mäfsiges Fieber, hochgradig schlechtes Allgemeinbefinden, Blutungen aus dem Munde, blutiger Stuhl; die Temperatur stieg allmählich immer höher (bis 41° C), der Puls ward kaum mehr fühlbar und 14 Tage nach der Spitalsaufnahme trat der Tod ein. Übereinstimmend mit all den anderen Fällen von rasch verlaufendem Lupus erythematosus (mit Ausnahme jenes von JADASSOHN) trat auch hier das tödliche Ende ein und wurden auch hier die eigentlichen Symptome des Hautleidens durch Komplikationen vonseiten der inneren Organe in den Hintergrund gestellt, obwohl der autoptische Befund der letzteren keine Besonderheiten ergab und auch die mikroskopischen Organ- und Blutuntersuchungen keine Aufklärung über die Ätiologie des Leidens bringen konnten.

November und Dezember 1910 (aus Versehen verspätet).

Die Funktionen der Haut, von S. PEMBREY. (Forts. u. Schlufs; s. *Monatsh.*, Bd. 51, S. 565). In den vorhergehenden Vorlesungen war gezeigt worden, wie wichtig die Tätigkeit der Haut bei der Temperaturregulierung ist: die äufsere Temperatur, welche der Mensch ertragen kann, schwankt bekanntlich in sehr weiten Grenzen, wie jene zwischen den Tropen- und den arktischen Ländern. Die Ausdehnung der Hautoberfläche ist ein wichtiger Faktor in bezug auf Hitzeproduktion und -verlust bei allen Warmblütern, speziell beim Menschen. Je kleiner das Tier, um so relativ gröfser seine Körperoberfläche im Verhältnis zu seinem Gewicht. Die Innentemperatur eines kleinen Warmblütertieres ist sehr hoch und sogar höher als die der gröfseren Tiere; es folgt daraus, dafs seine Wärmeproduktion gröfser sein mufs, oder der Wärmeverlust durch eine bessere Schutzhülle verlangsamt ist. Die Oberfläche der Haut eines erwachsenen Mannes wird auf ca. 1½ qm geschätzt, deren Dicke wechselt von 2,3 bis 2,7 mm. Lokale Veränderungen in der Hauttemperatur affizieren wahrscheinlich die

unterliegenden Organe sowohl direkt durch Leitung wie indirekt durch gleichzeitige vasomotorisch-reflektorische Störungen; von diesem Gesichtspunkt aus mufs die Wirkung der Kälte betrachtet werden. Die nächste Frage, welche nun entsteht, ist die der Absorption von der Haut aus, was aber keineswegs ein einfaches Problem ist. Die Absorption von Wasser durch die Haut vieler kaltblütigen Vertebralen ist wohl bekannt, aber bei den Warmblütern sind die Verhältnisse ganz andere. Die Haut absorbiert Salze oder Gifte in wässeriger Lösung nur, wenn die Fettschicht der Haut beseitigt ist. Ist die Oberfläche durch Rasieren oder Entzündung beschädigt, so findet sehr rasche Absorption statt und es sind sehr viele Fälle mit ernsten Folgen bekannt geworden, wo Absorption von Giftlösungen, die auf die verletzte Haut aufgetragen wurden, stattfand. Bei der Einreibung der grauen Salbe z. B. wird die Resorption durch die Haut nicht nur durch den mechanischen Akt des Reibens, sondern auch durch die vermehrte Blutzufuhr, die aus der Einreibung resultiert, begünstigt. Die letzte (VIII.) Vorlesung behandelt die Wichtigkeit und Kompliziertheit der Haut als Sinnesorgan. Es ist jetzt anerkannt, dafs wenigstens vier ausgesprochene Sinnesorgane in der Haut ihren Sitz haben: Berührung, Schmerz, Hitze und Kälte. Die spezifische Beschaffenheit dieser Sinne, die Strukturen, mit welchen sie in Beziehung stehen und ihre Verteilung in den verschiedenen Hautpartien bedürfen noch genaueren Studiums. Aus vergleichenden Untersuchungen könnte mit Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dafs die Meissnerschen Körperchen mit der taktilen (Berührungs-) Empfindung zusammenhängen, ferner besteht sicher ein Zusammenhang zwischen den Berührungspunkten der Haut und den Haarfollikeln, die von einem Nervenfasernring umgeben sind: das Haar überträgt jeden ihm zugefügten Druck und regt so die Nervenendigungen an. In der Empfindlichkeit der verschiedenen Körperstellen für Hitze und Kälte sind Verschiedenheiten vorhanden und kann eine Differenz von $^1/_{20}$ ° C noch erkannt werden. Die speziellen Nervenendigungen für heifs und kalt sind noch nicht genau bestimmt; die Endkolben, ähnlich den Kraussеschen Endkolben in der Conjunctiva, können für kalt und Ruffinis Endorgane für die Hitze vorhanden sein. Eine interessante Demonstration von „Kältepunkten“ kann durch Menthol erzielt werden, ein populäres Mittel, welches bei Kopfschmerzen über die Stirne gerieben wird: es wirkt nicht nur durch Verdampfung, sondern dadurch, dafs es die Erregbarkeit der Endorgane für das Kältegefühl vermehrt. Referent mufs sich mit der Hervorhebung weniger Einzelheiten aus der Summe interessanter Tatsachen, welche diese Monographie über die Physiologie der Haut bringt, begnügen.

Stern-München.

Annales des Maladies vénériennes.

Band 6, Heft 7. Juli 1911.

Über intravenöse Salvarsaninjektionen, von A. Lévy-Bing und L. Duroeux. Die Verfasser bedienen sich eines Doppel-Burettenapparates, ähnlich dem von Assmy, doch ohne Einschaltung des Dreiwegehahnes, und haben im allgemeinen wenig oder keine Schwierigkeiten dabei. Die Temperatursteigerung, die fast regelmäfsig eintrat, aber nie bedrohliche Höhe erreichte, wird von ihnen nicht als toxische Wirkung des Salvarsans angesehen; auch sie haben — wie andere Verfasser — beobachtet, dafs diese fieberhafte Reaktion fast nie vor 1—$1^1/_2$ Stunden nach der Infusion auftritt, so dafs der Eingriff sich in den meisten Fällen ambulant durchführen läfst. Sie haben 55 Fälle behandelt und geben von diesen ausführliche Krankengeschichten.

Sie ziehen die intravenösen Injektionen jeder anderen Form der Salvarsaneinführung vor, sowohl wegen der Schnelligkeit und Stärke der Wirkung als auch be-

sonders wegen der Schmerzlosigkeit; sie scheuen sich dabei nicht, 0,5 bei Frauen und 0,6 g bei Männern als Normaleinzeldosis zu geben und diese Dosis in Abständen von etwa acht Tagen noch zweimal zu wiederholen. Nur bei visceraler und Nervenlues bevorzugen sie kleine, eventuell öfter wiederholte Dosen. Sie haben sehr prompte Wirkung auf syphilitische Symptome, besonders der Schleimhaut und auf tertiäre Geschwürsbildung beobachtet, glauben nicht an die abortive Wirkung des Salvarsans, sind aber von seinem Wert als Syphilismittel überzeugt und glauben, dafs einer kombinierten Behandlung mit Hg und Salvarsan die Zukunft gehören wird.

Als besonders auffällige Beobachtung heben sie die prompte Einwirkung des Salvarsans auf merkurielle Stomatitis hervor. *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über die intravenöse Therapie mit Salvarsan, von A. Spatz-Budapest (*Gyógyászat.* 1911. Nr. 12.) Verfasser fafst seine Erfahrungen bei 140 intravenösen Injektionen folgendermafsen zusammen: Vor der Injektion ist der Pulsschlag hoch, 130—146; nach der Injektion wird er wieder normal, nämlich wenn der Patient zu dem Bewufstsein erwacht ist, dafs ihm keinerlei Gefahr droht. Bei Patienten, die von einer drohenden Gefahr keine Kenntnis haben, ist der Pulsschlag vor und nach der Injektion identisch. Der rasche Puls ist nur eine Folge psychischer Einflüsse. Das Nervensystem, der Magen, der Darmtrakt, das Blutgefäfssystem zeigt in vielen Fällen die Symptome der akuten Arsenvergiftung, die aber in 18 Stunden ohne weitere schädliche Folgen verlaufen. Die Arsenreaktion ist individuell. In vielen Fällen trat nach den Injektionen starker Schüttelfrost, dann hohes Fieber bis 39,8° C. auf, das spätestens in vier bis fünf Stunden kritisch unter 37° fiel. Niedergeschlagenheit, Kopfschmerzen, Brechreiz, Diarrhoe, Muskelschmerzen sind die Symptome, die nach den Injektionen auftreten. Zur chirurgischen Vorbereitung der Venaesectio ist strenge Asepsis notwendig. Verfasser mufste sie nur einmal von 140 Fällen vornehmen. Man kann die Injektionen auch ambulanter vornehmen, doch mufs der Patient 18 Stunden unter Beobachtung bleiben. *Porosz-Budapest.*

Die Salvarsanbehandlung der Syphilis nach der intravenösen Methode und Beschreibung eines handlichen Apparates für diesen Zweck, von H. W. Bayly-London. (*Lancet.* 21. Jan. 1911.) Der hier abgebildete Apparat besteht aus einem genügend hohen Gestell, das ein Gefäfs zur Aufnahme der Salvarsanlösung trägt. Zur Vermeidung einer zu raschen Abkühlung ist letzteres in einem zweiten gröfseren, mit heifsem Wasser zu füllenden Gefäfs eingehängt. Aufserdem hat Verfasser sich einen speziellen Halter für die Kanüle anfertigen lassen. Beachtenswert ist jedenfalls der Rat, den Patienten einige Zeit vor der Injektion ausgiebig purgieren zu lassen und spätestens vier Stunden vor derselben die letzte Nahrungsaufnahme zu gestatten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein einfacher, für die allgemeine Praxis brauchbarer Apparat zur intravenösen Salvarsaninjektion, von A. Hauptmann-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1911. Nr. 12.) Der hier abgebildete und erläuterte Apparat besteht aus zwei

verschliefsbaren, durch ein gemeinsames Ausflufsrohr verbundenen Zylindern bzw. Cüretten aus Glas, aus denen man je nach Bedarf die Kochsalzlösung bzw. die Salvarsanmischung abwechselnd ausfliefsen lassen kann. Die Vorrichtung wird jedenfalls von vielen Kollegen gern in Verwendung genommen werden. Es ist dabei der Mischzylinder entbehrlich, und die Injektion kann ohne weitere Assistenz appliziert werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine federnde Doppelkanüle für intravenöse Injektionen, von Erich Kuznitzky-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) K. hat zur intravenösen Salvarsaninjektion eine Kanüle mit stumpfem Rande konstruiert, die eine Verletzung der Venenwand unmöglich macht und mit Leichtigkeit weit in das Venenlumen eingeführt werden kann. Die Kanüle besteht aus zwei ineinander verschiebbaren Rohren, von denen das äufsere am freien Ende scharf und spitz, das innere rund und stumpf ist; beide sind mit je einer Griffplatte fest verbunden, zwischen den Griffplatten befindet sich eine Spiralfeder. Drückt man die Platten aufeinander, so schiebt man die scharfe Kanüle vor die stumpfe und spannt gleichzeitig die Feder, die Kanüle ist damit zum Einstich fertig. Läfst man los, so entspannt sich die Feder, treibt die Griffplatten auseinander und läfst das stumpfe Innenrohr über die Spitze der Aufsenkanüle, diese deckend hervortreten. Eine Arretierung verhindert das Auseinanderweichen der zusammengedrückten Griffplatten und macht den Fingerdruck unnötig. Die Aufsenkanüle ist auswechselbar, das ganze Instrument zerlegbar und leicht zu reinigen. — Die Kanüle wird von Georg Härtel-Breslau hergestellt. *Götz-München.*

Nadel für intravenöse Injektion von Salvarsan, von Heinrich Loeb-Mannheim. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) L. hat zur intravenösen Salvarsaninjektion mit Benutzung der Doppelkanüle für intramuskuläre Injektion von Benario ein Instrument konstruiert, das die Ausführung des kleinen Eingriffes wesentlich erleichtert und sicherer gestaltet. Es besteht aus einer äufseren, kürzeren, dicken Nadel und einer in diese gut hineinpassenden, dünneren, längeren, stumpfen Kanüle; die äufsere Nadel ist mit einem seitlichen Griff versehen und trägt am peripheren Ende einen trichterförmigen Konus, in den die Kanüle leicht hineingleiten kann. Die Nadel dient zum Anstechen der Vene und als Führungshülse für die Kanüle. Sie wird in die gut gestaute Vene so eingestochen, dafs der abgeschliffene, schräge Teil der Spitze gegen die Vene sieht; wenn sie richtig liegt, fliefst Blut in kräftigem Strahle aus. Dann wird die Kanüle durchgeführt, der mit ihr verbundene Irrigatorschlauch mäfsig komprimiert und, wenn die Lösung gut abfliefst, der Stauungsschlauch gelöst. Die Nadel läfst sich auch anwenden, wenn die Vene freigelegt worden ist.

Götz-München.

Vorläufige Bemerkungen über eine percutane Applikationsmethode von Salvarsan, von Hans Leyden-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 52.) Verfasser rieb Salvarsan 0,4—0,8 in Wasser gelöst in die Haut ein. Desgleichen applizierte er es in Form eines Sprays auf die Schleimhäute und glaubt in anbetracht einzelner klinischer Erfolge an eine nennenswerte Resorption des Mittels. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Wirkung des Salvarsans auf die Syphilis, von K. Dohi und T. Tanaka-Tokio. (*Ijishimbun, Japan. med. Ztg.* 25. Aug. 1910. Nr. 812.) Beobachtet wurde anfangs schneller, nach zehn Tagen langsam werdender Heilungsverlauf der Syphiliserscheinungen. Die anfangs negativ gewordene Wassermannsche Reaktion wurde bald wieder positiv und es traten sehr bald Rezidive auf.

Arthur Schucht-Danzig.

Salvarsan, von Emery. (*Bull. d. soc. franç. de proph. san. et mor.* Nov. 1910.) E. berichtet über seine Erfahrungen, die er im Auftrage der Gesellschaft in Deutschland über Salvarsan gesammelt hat. Er erkennt die überlegene Wirkung dieses Mittels

bei gewissen Formen der Syphilis (Syphilis maligna usw.) an, präzisiert die Kontraindikationen, führt aber die übertriebenen Hoffnungen, die darauf gesetzt wurden, auf das richtige Mafs zurück. Eine „Therapia sterilisans magna“ ist nicht erreicht, die Kombination mit Quecksilberkuren anzuraten und die bisherigen Anschauungen betreffs Erteilung des Ehekonsenses dürfen nicht geändert werden. Die endgültige Beurteilung des Mittels kann erst nach jahrelangen Studien erfolgen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Theorie und Praxis der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von J. McIntosh und P. Fildes-London. (*Lancet.* 10. Dez. 1910.) Die praktischen Erfahrungen der Verfasser über die Wirkung des Salvarsans bei Syphilis erstrecken sich erst auf 16 Fälle. Die Injektionen wurden teils intramuskulär, teils subcutan gegeben. Bei fünf Fällen konnte ein Negativwerden der Wassermannschen Reaktion konstatiert werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Praktisches und Theoretisches vom Salvarsan, von Touton-Wiesbaden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Verfasser bevorzugt als Technik für intramuskuläre Injektion die von Alt-Schreiber, für intravenöse Infusion die von Weintraud. Er sah günstige Wirkungen, auch bezüglich Negativwerden der Wassermannschen Reaktion. In einem Falle von gleichzeitiger Impotenz wurde die sexuelle Appetenz sehr angeregt. In einem anderen Falle, wo aufser positivem Wassermann Malaria und Lichen ruber planus bestanden, wurde aufser Negativwerden des Wassermann Ausbleiben der zu erwartenden weiteren Malariaanfälle und Abheilung des Lichen ruber erzielt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die chronische Syphilisbehandlung mit Salvarsan nach Erfahrungen an 400 Fällen, von Kromayer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Die praktische Erfahrung hat bisher die Hoffnung auf die Therapia magna sterilisans Ehrlichs nicht erfüllt. Ihre Begründung ist zum Teil anfechtbar, zum Teil stehen ihr wichtige Bedenken aus der Erfahrung und der pathologischen Anatomie entgegen. Das Salvarsan hat bei wiederholter Anwendung kleinerer Dosen keine Überempfindlichkeit des Organismus zur Folge und entfaltet bei solcher Applikation eine bedeutend bessere klinische Wirkung als bei Anwendung einmaliger hoher Dosen. An die Stelle des Versuchs einer Therapia magna sterilisans ist daher eine Therapia chronica zu setzen. Kr. führt diese chronische Behandlung in der Weise aus, dafs er Patienten, die im Krankenhaus sind, jeden zweiten Tag 0,2 Salvarsan bis zur Gesamtmenge von 1,2, ambulanten Kranken aber täglich oder jeden zweiten Tag 0,1 bis zur Gesamtdosis von 0,9 injiziert. Die Einspritzungen können sowohl intramuskulär in Form der wochenlang haltbaren Paraffinemulsion oder intravenös gemacht werden, ein Unterschied in der Wirkung tritt klinisch nicht hervor. Der Erfolg hängt in der Hauptsache von der Natur der vorhandenen pathologischen Veränderungen ab: derbe, grofse Sklerosen, feste Papeln, grwucherte breite Kondylome, Gummata kommen sowohl bei Salvarsan- wie bei Quecksilberkuren weit langsamer zur Heilung als exulcerierte Primäraffekte von geringer Härte, oberflächliche Papeln, Ulcera und Plaques der Schleimhäute, und besonders gummatöse, sekundäre und tertiäre Hautulcera, jedenfalls aber ist der Erfolg einer zwölf Tage dauernden Salvarsanbehandlung durchschnittlich wesentlich gröfser, als der Erfolg einer vierwöchentlichen intensiven Quecksilberkur. Die besten Resultate erzielte Kr. durch Kombinierung der Salvarsan- und der Quecksilberbehandlung; in allen Fällen, in denen diese kombinierte Therapie zur Anwendung gelangte, wurden alle sichtbaren Erscheinungen vollkommen beseitigt.

Götz-München.

Meine Erfahrungen mit Salvarsan, von Carl Stern-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Wenn man auch nach St.s Ansicht mit einer gewissen

Wahrscheinlichkeit annehmen darf, dafs Salvarsan in einer Reihe von Fällen die Spirochäten völlig abtötet, so ist doch kein Zweifel, dafs das Mittel die Spirochäten im Körper nicht in allen Fällen und namentlich nicht immer auf einen Schlag vernichtet. Die Frage, ob durch Salvarsan Antikörperbildung ausgelöst wird, ist noch nicht endgiltig entschieden. — Im Gegensatz zu anderen Autoren gibt St. der subcutanen und der intramuskulären Injektion den Vorzug vor der intravenösen; sehr vorteilhaft erscheint ihm die Verreibung in Sesamöl, und zwar verfährt er, um gleich das allein wirksame Natriumsalz einzuverleiben, so, dafs er das Präparat in 0,5 bis 1 ccm 15%iger Natronlauge löst und das gelöste Salz mit sterilisiertem Sesamöl verreibt. Von der Gesamtmenge wird je ein Drittel an zwei, etwa 8 bis 10 cm auseinanderliegenden Stellen in die Glutäen, das letzte Drittel subcutan unter die Rückenhaut injiziert; beim Setzen dieser kleinen Depots entstehen nur geringe Gewebsveränderungen. Seit St. das Natriumsalz einspritzt, ist der Rückgang der Erscheinungen sehr viel schneller geworden. Im übrigen hatte er bei seinen 159 Fällen neben geradezu glänzenden Erfolgen eine Reihe auffallender Mifserfolge. Von Nebenerscheinungen beobachtete er zweimal Lungenembolie, eine sehr bedrohliche am fünften Tage nach der Injektion, eine viel leichtere vier Wochen nach der Einspritzung. Bei einem Kranken entstand zwei Monate, bei einem anderen 3½ Monate nach der Injektion eine Augenmuskellähmung, in einem anderen Falle begann acht Wochen nach der Einspritzung eine jetzt schon seit acht Tagen bestehende enorme Pulsbeschleunigung (160 Schläge in der Minute). Die Möglichkeit, dafs es sich bei diesen Erscheinungen um protrahierte Arsenwirkung handelt, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. — Bei Neuinfizierten hält St. die Salvarsanbehandlung unter allen Umständen für angezeigt. *Götz-München.*

Unsere bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan, von Th. Rumpel - Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) R. hat Salvarsan u. a. in sechs Fällen von Malaria tropica und in fünf Fällen von Malaria tertiana angewendet; die Malaria tropica blieb ziemlich unbeeinflufst, bei Malaria tertiana waren die Erfolge besser, aber auch nicht ideal. Sehr gut waren die Resultate der Salvarsanbehandlung in sechs Fällen von Angina Vincenti und in den meisten Syphilisfällen, besonders auch in einem Falle von foudroyant verlaufender Lues. Auf Grund seiner Erfahrungen erachtet R. das Salvarsan als ein ganz hervorragendes, spezifisch wirkendes Heilmittel, das bei einer grofsen Zahl spezifischer Erkrankungen nicht nur die klinischen Symptome, sondern auch die Krankheitserreger selbst beseitigt. *Götz-München.*

Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, besonders die Dauerwirkung des Präparates und die Methoden seiner Anwendung, von Scholtz, Salzberger und Beck-Königsberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Nach den Erfahrungen der Verfasser wirkt Salvarsan im allgemeinen auf die meisten Symptome der Syphilis weit schneller als Quecksilber und Jod. Bei Nephritikern ist das Mittel, namentlich wenn ausgedehnte Exantheme vorhanden sind, nur mit grofser Vorsicht anzuwenden. — Die Hoffnung auf eine Sterilisatio magna durch Salvarsan scheint den Verfassern wegen seiner aufserordentlich raschen und prompten Wirkung auf die Spirochäten auch heute noch begründet, wenn auch bis jetzt Heilung mit einem Schlag in den weitaus meisten Fällen nicht erreicht worden ist; vielleicht liegt die Schuld daran an den bisher gebräuchlichen Injektionsmethoden. Eine von den Verfassern ausgearbeitete, der Altschen ähnliche Methode wirkt sehr rasch und zuverlässig und ruft dabei nur geringe Reaktion hervor. Das Verfahren ist folgendes: Das salzsaure Pulver wird mit etwas Glycerin (2—2½ Tropfen Glycerin auf 0,1 Substanz) zu einem zähen Brei verrieben, der in wenigen Kubikzentimetern heifsen Wassers aufgelöst wird; dieser sauren Lösung setzt man unter ständigem Verreiben tropfenweise

Normalnatronlauge (0,45 auf 0,1 Substanz) zu und füllt mit physiologischer Kochsalzlösung auf etwa 10 ccm auf. Salvarsan ist in der Flüssigkeit zum Teil gelöst, zum Teil in feinen weifsen Flocken suspendiert. — Zur Suspension in Öl nehmen die Verfasser ebenfalls das Natriumsalz: sie verdünnen die gewöhnliche käufliche Natronlauge mit zwei Teilen Wasser und verreiben 0,6 dieser etwa 13%igen Natronlauge mit 0,5 Pulver; dann wird die Reibschale leicht angewärmt, damit das überschüssige Wasser verdunstet, und unter ständigem Verreiben tropfenweise soviel Öl — Vasenolum liquidum oder Sesamöl — zugesetzt, dafs eine 10%ige Suspension entsteht. Bei Verwendung von Sesamöl empfiehlt es sich, den Pulverbrei erst mit einer Messerspitze eines Alapurin-Vaselingemisches (āā) zu verreiben, damit die noch vorhandenen Spuren Wasser aufgenommen werden. — Die intravenöse Injektion verbinden die Verfasser stets mit einer subcutanen; die Gesamtdosis für beide Einspritzungen beträgt gewöhnlich 0,7. — Wiederholt haben die Verfasser auch die Salvarsan- mit der Quecksilberbehandlung kombiniert; sie machen zunächst im Verlaufe von 8—14 Tagen drei bis vier Injektionen von Hydrargyrum salicylicum oder womöglich von Kalomel und dann eine intravenöse und eine subcutane Salvarsaneinspritzung.

Götz-München.

Unsere Erfahrungen mit Salvarsan, von J. Jadassohn-Bern. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) Ausführliche Mitteilung der Beobachtungen und Erfahrungen, die J. in 133 Luesfällen mit der Salvarsanbehandlung gemacht hat. Bei der Besprechung der Nebenwirkungen erwähnt er einen Fall, in dem nach jeder Quecksilberzufuhr leichte Albuminurie aufgetreten war, aber auch Injektion von 0,6 Salvarsan Eiweifsausscheidung zur Folge hatte. Von Arzneiexanthemen kamen erythematöse und urtikarielle Eruptionen und ein Fall von Purpura zur Beobachtung. Intravenöse Salvarsaninjektionen nimmt J. nur vor, wenn er vorher durch intravenöse Probeinjektion einer kleinen Dosis die Toleranz des Patienten gegen diese Methode geprüft hat; nur wenn die Probedosis keine merkliche Reaktion hervorruft, wird die gröfsere Dosis intravenös einverleibt. — Über die praktischen Aussichten und die praktische Durchführung der Syphilistherapie mit Salvarsan äufsert sich J. in folgender Weise: Salvarsan beeinflufst die Symptome primärer, sekundärer und tertiärer Syphilis und die Spirochäten schnell und gut. Seine Gefahren sind jedenfalls bei den bisher meist angewandten Methoden und Dosen und bei der Beobachtung der jetzt noch geltenden, gewifs noch viel zu streng gestellten Kontraindikationen minimal. Es wirkt auch noch bei solchen Prozessen, bei denen Hg und Jod versagt haben, und bei Patienten, die Hg nicht vertragen. Dagegen wirkt es bei postsyphilitischen Affektionen nicht so wie bei florider Lues und versagt auch in einzelnen Fällen von florider Syphilis, während Hg wirkt. Dafs nach Salvarsanbehandlung Rezidive vorkommen und der Umschlag der positiven Wassermannschen Reaktion ausbleibt, ist möglicherweise auf Fehler der Methodik und der Dosierung zurückzuführen; vielleicht bringen die intravenösen Injektionen eine Steigerung der Wirksamkeit. Da die Sterilisatio magna nicht oder nicht oft glückt, wird man es künftig mit der fraktionierten Sterilisierung versuchen. Die Kombination der Salvarsan- und der Quecksilberbehandlung ist in Fällen, in denen Salvarsan allein versagt hat, bei hartnäckigen Rezidiven und vor allem bei gefährlichen Syphilismanifestationen angezeigt. *Götz-München.*

Die praktische Bedeutung des Salvarsan für die Syphilistherapie, von S. Jessner. (*Dermatologische Vorträge für Praktiker.* Heft 23. Curt Kabitzsch, A. Stubers Verlag, Würzburg 1911.) Die Flut der Publikationen über Salvarsan geht so hoch, dafs es dem Praktiker kaum mehr möglich ist, sie zu überblicken. Es ist daher aufs wärmste zu begrüfsen, dafs J., der mit seinen dermatologischen Vorträgen ein sehr feines Gefühl für die Wünsche und Bedürfnisse der praktischen Ärzte gezeigt

hat, frühzeitig daran gegangen ist, auf Grund der bisherigen Erfahrungen die Syphilisbehandlung mit Salvarsan zu prüfen und zu würdigen und das, was sich bisher als feststehend ergeben hat, im Zusammenhang zu schildern. Was an den bis jetzt erschienenen Vorträgen J.s zu rühmen war, trifft im erhöhten Maſse auf die neueste Abhandlung zu: Die Darstellung des komplizierten Themas, in dem so viele Fragen noch der Beantwortung harren, ist geistvoll in Form und Inhalt und bewundernswert klar, prägnant und übersichtlich, sie verliert sich nicht in Einzelheiten, sondern stellt die groſsen Gesichtspunkte in den Vordergrund, wenn auch die angeführten Details, z. B. der Hinweis auf die Bedeutung der Kubitaldrüsenschwellung für die Diagnose der latenten Syphilis, sehr viel Interessantes und praktisch Wichtiges bringen. Seine eigene zuversichtliche und hoffnungsfrohe, aber durchaus nicht kritiklos optimistische Anschauung präzisiert J. mit rühmenswerter Sicherheit. Jedem Arzte, der sich rasch und gut über die Salvarsanbehandlung in ihrem derzeitigen Stande informieren will, sei die Lektüre des Heftchens dringend empfohlen. *Götz-München.*

Salvarsan, von Kreibich - Prag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* (1911. Nr. 1.) Kr. berichtet über neuere bei der Salvarsanbehandlung gemachte Erfahrungen und Beobachtungen; seine eigenen Anschauungen faſst er in folgenden Sätzen zusammen:

Die beobachteten, seltenen Nervenstörungen fallen nicht dem reinen, sondern dem veränderten Salvarsan zur Last. Die Nebenerscheinungen, die nach dem Gebrauch reinen Salvarsans bei den verschiedensten Applikationsarten auftreten können, geben keine Kontraindikationen gegen seine Anwendung ab. In dieser Hinsicht ernster zu nehmen und im Auge zu behalten sind gewisse, bisher nicht häufig beschriebene Erscheinungen am Opticus und Acusticus, die vielleicht als Luesrezidiv an Nerven, die durch das neurotrope Mittel geschädigt sind, aufgefaſst werden müssen; die Frage des Nervenrezidivs verlangt derzeit besondere Aufmerksamkeit. Über die Gefahr einer Sensibilisierung des Zentralnervensystems im Sinne metaluetischer Erkrankungen läſst sich heute noch nichts aussagen. In dieser Richtung wäre das Schicksal der Atoxylfälle von Interesse. Alle Erfahrungen verweisen auf die Erforderlichkeit einer kombinierten Salvarsan-Quecksilberkur von ganz bestimmter Art (am besten Beginn mit einer intravenösen Salvarsaninjektion, dann Hg in Form von Injektionen oder Einreibungen im Ausmaſs einer früheren Kur, zum Schluſs abermals eine intravenöse Injektion), wobei anscheinend die Wirkung der beiden Mittel nicht als identisch anzusehen ist. Eine absolute Indikation für Salvarsanbehandlung bilden die quecksilberrefraktären Fälle, eine weitere Indikation die Fälle, in denen lebenswichtige Funktionen gefährdet sind oder wesentliche Verunstaltungen drohen. Auch gewisse chronische tertiäre Prozesse oder posttertiäre Residuen werden besonders günstig beeinfluſst. Die gewöhnlichen Gummen später Zeit fordern die Salvarsanbehandlung nicht unbedingt, noch weniger latente Lues mit negativer Seroreaktion. Von metaluetischen Erkrankungen werden wenigstens mit den bisher üblichen Dosen nur die Anfangsstadien zu behandeln sein.

Das Nervenrezidiv scheint nach den vorliegenden Beobachtungen eine ausschlieſsliche Folge der Depotbehandlung zu sein, aus diesem Grunde ist bei sekundärer Lues, wo immer Rezidive zu erwarten sein werden, die intravenöse Behandlung in Kombination mit Quecksilber vorzuziehen. *Götz-München.*

Salvarsandiskussion im Budapester Königlichen Ärzteverein am 17. November, von J. Justus - Budapest. (*Bör-es bujakórtan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1911. Nr. 1.) Nach den referierten Vorträgen nahm auch Verfasser das Wort und sagte: Ehrlich schickte das As-Präparat nicht aus dem Grunde, um auf Spirochäten zu untersuchen, auch nicht deshalb, um die Wassermann-Proben zu kontrollieren, sondern damit es an klinischen Fällen erprobt werde. Darum handelt es sich hier; wenn ein Mittel Spirochäten vernichtet, so ist das interessant, aber die Basis der

Diskussion ist und bleibt (und das soll hier dabei entschieden werden): ob man mit dem neuen Antilueticum soweit kommt wie mit den alten Mitteln. Die erste Frage ist, ob es schadet oder nicht? Es ist nicht mit grofsen Schädlichkeiten verbunden, aber es ist auch nicht gerade absolut unschädlich, weil die Abscesse dagegen sprechen. Aber das kann die Brauchbarkeit nicht beeinflussen. Dasselbe sah man auch bei Hg-Injektionen. Inwiefern ist es aber nützlich? Da kann die Frage aufgeworfen werden, wieviel mehr man damit erreicht, als mit den bisherigen Methoden. Soll es sehr gelobt, soll es sehr geringschätzig behandelt werden? Weder die grofse Begeisterung, noch die Geringschätzung hält Verfasser für richtig. Fälle, die er und andere mit Quecksilber und Jod jahrelang eingehend behandelt haben und bei denen man kein Resultat erreichen konnte, gaben einer Salvarsaninjektion nach. Ein seit Jahren periostitischer Patient verlor die Schmerzen, die sich seit vier Monaten nicht wieder eingestellt haben. Einen andern Patienten behandelte Justus zwei Jahre. Bei Hg-, Jod- und Schwitzkuren hatte er grofse Schmerzen in der Nacht. Nach der Injektion ist Patient seit drei Monaten ganz frei von Schmerzen. Eine andere Frage ist, ob es in anderen gewöhnlichen Fällen gegen die bisherigen Mittel einen Vorteil hat? Bei sekundären Symptomen sah Verfasser keine grofsen Vorteile. Rezidive stellten sich ein. Wassermann gibt über nichts Aufklärung. Schliefslich bleibt noch die Frage, ob man eine abortive Kur vornehmen kann? d. h. ob man die Krankheit beheben kann, ehe sie sich in gewohnter Weise entwickelt, nicht, ob es die Spirochäten tötet, sondern, ob es aus der Induration die Entwicklung der sekundären Symptome verhindert. Bisher ist es auch in solchen Fällen gelungen, bei denen nachträglich an der Stelle der Induration Spirochäten nachgewiesen werden konnten. Bei primärer Sklerose lohnt es den Versuch zu machen, weil es einige Hoffnung bietet, dafs man den gewöhnlichen Verlauf abortive beeinflussen kann. Bei den sekundären Symptomen hängt es von den äufseren Umständen des Patienten ab, ob es zur Anwendung kommen soll. Gegen tertiäre Symptome erwies es sich als günstig, wenn die übrigen den Dienst versagt haben. Jetzt ist die Frage, ob die Hoffnung der Bakteriologen in Erfüllung gegangen ist. Justus glaubt das nicht. Man kann auch die Ursache angeben: Erstens arbeitet der Bakteriologe und der praktische Arzt an ganz verschiedenen Stoffen. Die Syphilis des Kaninchens und des Affen kann man mit der des Menschen nicht so kühn vergleichen, wie es in Ehrlichs Buch geschieht. Sie geht nicht mit solchen klinischen Symptomen einher, wie die menschliche. Nur die primäre Sklerose verhält sich so. Und wenn Spirochäten in allen Organen des Tieres vorhanden sind, weist das nicht darauf hin, dafs auch dementsprechende Gewebsveränderungen hervorgerufen werden können. Dies sucht man z. B. beim Affen vergebens. Der Affe ist nur ein guter Züchtungsboden für Spirochäten, so wie das Probierglas mit Serumagar ein guter Züchtungsboden für Gonokokken ist. So kann man auch nicht auf die Wirkung bei Menschen Folgerungen ziehen. Verfasser hatte Patienten, die oft an Rückfällen litten, die weder Hg noch das Jod geheilt hat. Mit Salvarsan behandelt, verschwanden die Symptome auf einen Schlag, aber Spirochäten konnte Verfasser trotzdem noch nachweisen. *Porosz-Budapest.*

Zur Salvarsandiskussion, von L. Detre-Budapest. (*Bör-és bujakórtan*, Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujság*. 1911. Nr. 1.) Die Spirochäten verschwinden nicht durch Gewebseinschmelzung, sondern weil sie durch Salvarsan getötet werden. 24—48 Stunden später treten die degenerativen Formen auf, die man mit nichts anderem verwechseln kann. Es lohnt sich, sie zu suchen, denn wenn die Spirochäten nicht unversehrt sind, ist das Ziel erreicht, und wenn sie unversehrt sind, ist es nicht erreicht und die Injektion mufs wiederholt werden oder es mufs eine andere Methode angewendet werden. Die Wassermann-Reaktion ist ein Symptom der Syphilis, und wenn man auch an-

erkennt, dafs das Verschwinden noch keine Heilung ist, ist der Zweck noch nicht erreicht, wenn nach As Wassermann sich nicht ändert. Es ist eine Kontrolle wie die Spirochätenuntersuchung. Die Diskussion ist steril. Aus den Entzschen Präparaten ist ersichtlich, dafs das Mittel nicht ganz absorbiert ist. Wieviel absorbiert ist, weifs man nicht. Man hat keine Dosologie, mit Ausnahme der intravenösen Injektion. Man mufs abwarten, bis die Dosierung durchführbar und kontrollierbar ist.

Porosz-Budapest.

Über die cutane Reaktion der Syphilide bei der Behandlung mit Salvarsan und ihre Deutung, von Richard Kalb-Frankfurt a. M. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Die Reaktion betrifft nur die allgemeinen Exantheme, im Gegensatz zu den lokalisierten Syphiliden. Ein Fall von universellem Jadassohnschen Sonnensyphilid zeigte die 48 Stunden anhaltende Reaktion erst acht Tage nach Salvarsanbehandlung. Auch in zwei Fällen von Lues maligna trat die Reaktion auf.

Unter vergleichsweiser Heranziehung der Erklärung der lokalen Tuberkulinreaktion kommt Verfasser zu folgender Erklärung der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion: Dieselbe ist eine Resultante der Wirkung der vielleicht ungiftigen Spirochätenbestandteile und des in seiner Reaktionsfähigkeit veränderten luetischen Organismus (Allergie Pirquet), wie letztere schon von Finger, Jadassohn u. a. angenommen wurde.

Die Hg-Injektion ist dabei nicht direkt der Tuberkulinreaktion parallel zu setzen, sondern die sekundären Vorgänge, die sich nach derselben abspielen und in Abtötung der Spirochäten ihren Höhepunkt erreichen, sind der Tuberkulinreaktion gleichzustellen,

Arthur Schucht-Danzig.

Die therapeutischen Resultate mit Salvarsan in 21 Fällen von Syphilis, von Jay Frank Schamberg und Nate Ginsburg-Philadelphia. (*University of Penns. med. Bull.* Jan. 1911.) Acht der Fälle wurden subcutan und 13 intravenös behandelt; im allgemeinen hat die intravenöse Injektion rascher und besser gewirkt, wie die subcutane. In einigen Fällen wurden beide in der bekannten Weise kombiniert. Nur in einem der Fälle, wo die intravenöse Methode angewendet wurde, waren Schmerzen an der Injektionsstelle vorhanden, was auf zufälliges Eindringen der Injektionsflüssigkeit unter die Haut zurückzuführen war. In keinem der Fälle von intravenöser oder subcutaner Injektion wurde irgendwie tiefe Nekrosis beobachtet. Wichtig ist, eine völlig klare Lösung zur intravenösen Injektion zu haben, was durch genaue Neutralisierung der anfangs saueren Lösung mittels Natronlauge erreicht wird (tropfenweises Zugiefsen und Prüfung mit Lackmuspapier). 150—250 ccm sei die Durchschnittsmenge der Lösung für die intravenöse Injektion. Anhangsweise sind quantitative Untersuchungen (von Leon A. Ryan) über die As-Ausscheidung innerhalb 72 Stunden (im Urin) nach der Injektion von 0,8 bzw. 0,5 Salvarsan wiedergegeben; es zeigte sich, dafs am zweiten Tage die relativ gröfste Menge As ausgeschieden wird.

Stern-München.

Salvarsan, eine Übersicht über die bisherige Literatur, von M. Silverberg-San Francisco. (*The Therap. Gazette.* 15. Jan. 1911.) Nichts Neues. Die gezogenen Schlufsfolgerungen sind mittlerweile durch die Tatsachen überholt.

W. Lehmann-Stettin.

Erfahrungen mit dem neuen spezifischen Mittel Salvarsan, von Samuel W. Lambert-New York. (*Med. Record.* 14. Jan. 1911.) Zusammenfassender Bericht ohne wesentlich Neues. Fünf eigene Fälle mit sieben (recht mäfsigen) Abbildungen.

W. Lehmann-Stettin.

Gesammelte Erfahrungen über die Verwendung des Ehrlichschen Salvarsans, von Ernest Spitzer-Wien. (*Zentralbl. f. ges. Therap.* 1910, 11.) Zusammenfassendes Referat; Literaturübersicht. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Wirkungs- und Anwendungsweise von Salvarsan, von FRITZ LESSER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) Verfasser geht von dem Gesichtspunkt aus, daſs der einzige annähernd sichere Maſsstab für Feststellung der Dauerheilung die WASSERMANNsche Reaktion ist. Letztere wird am besten 6—8 Wochen nach der Behandlung angestellt.

Verfassers serologische Erfahrungen sind:

1. Die negative Umwandlung der WASSERMANNschen Reaktion ist nicht proportional der Höhe der Einzeldosis.

2. Salvarsan, in Dosis refracta injiziert, führt am häufigsten zu einem Negativwerden der Reaktion.

Nach einmaliger subcutaner oder intramuskulärer Injektion wurde die Reaktion in 30% der Fälle negativ, nach protrahierter Hg-Kur in 90%.

Die Methodik der Salvarsanbehandlung, wöchentlich 0,1 in öliger Suspension intramuskulär zu injizieren, ist sowohl symptomatisch als bezüglich des Negativwerdens der WASSERMANNschen Reaktion der Hg-Behandlung überlegen. Verfasser sieht in der Überlegenheit der Wirkung kleiner Salvarsandosen einen weiteren Beweis für die organotrope Wirkung des Mittels. *Arthur Schucht-Danzig.*

Prophylaxe der Syphilis und lokale Behandlung mit Salvarsan, von J. DE AZÚA. (*Revista clin. de Madrid.* 1911. Nr. 4.) Der Verfasser versuchte von Anfang an die durch die allgemeine Salvarsanbehandlung oft ungenügend abgetöteten Spirochätenherde besonders in Initialsklerosen durch eine lokale Applikation des Mittels zu zerstören. Er fand, daſs bei mit Salvarsaninjektionen behandelten Patienten eine lokale Applikation von Salvarsansalbe mit saurer Reaktion oder einer Lösung desselben in physiologischer Kochsalzlösung (1 : 100 und 1 : 300) die Narbenbildung sehr beschleunigt. Die lokalen Applikationen von Salvarsan in alkalischer Lösung hingegen sind, wenn frisch, erträglich und scheinen die Läsionen mit oder ohne Salvarsanallgemeinbehandlung zu bessern. Ist hingegen die Lösung einige Tage alt, so sind die Beschwerden dabei sehr groſs und die Läsionen entzünden sich. Lokalapplikation einer sauren 1%igen Lösung von Salvarsan auf Schanker von Patienten, die keine Allgemeinbehandlung mit Salvarsan bekamen, besserten dieselbe sehr rasch, brachten sie zur Überhäutung und verminderten die Infiltration. A. glaubt deshalb, daſs es von Nutzen ist, alle nässenden Läsionen der Syphilis, besonders Schleimhautplaques und solche der Perianalgegend mit einer sauren Lösung lokal zu behandeln.

Als Prophylaktikum nach dem Beischlaf empfiehlt A. entweder eine Einreibung mit Salvarsansalbe, die ziemlich haltbar ist, wenn sie mit Lanolin hergestellt wird oder eine Waschung der Genitalien mit 50 ccm einer sauren Lösung. Er verspricht übrigens über diesen Punkt experimentelle Untersuchungen an Kaninchen anzustellen. *Gunsett-Straſsburg.*

Haltbarkeit der sauren Salvarsanlösungen, von J. DE AZÚA. (*Revista clin. de Madrid.* 1911. Nr. 4.) Behufs Verwertbarkeit des Salvarsans als lokales oder prophylaktisches Mittel stellte A. folgende Versuche zur Prüfung seiner Haltbarkeit an: 1. Lösungen von 1 : 100, 300 und 500 in sterilem destilliertem Wasser hielten sich im mit Watte verschlossenen Reagenzglase 60 Tage, desgleichen mit physiologischer Kochsalzlösung in einer Flasche mit eingeschliffenem Glasstöpsel 30 Tage, ohne eine Veränderung zu zeigen. Die mit diesen Lösungen erzielten lokalen therapeutischen Erfolge waren den mit frischer Lösung erzielten gleich. Die alkalische Lösung erwies sich hingegen als nicht haltbar. Auſserdem versuchte A. einen Sublimatzusatz im Verhältnis 1 : 50000 Salvarsansolution. Über diese Mischung liegen noch keine therapeutischen Versuche vor. *Gunsett-Straſsburg.*

Salvarsan bei Syphilis, von S. Pollitzer-New York. (*New York med. Journ.* 4. Febr. 1911.) P. kommt zu folgenden Schlüssen. Salvarsan ist das bei weitem wirksamste symptomatische Mittel, das wir für die syphilitischen Veränderungen besitzen. Es kann nach unseren jetzigen Erfahrungen in geeigneten Fällen ohne Gefahr angewandt und in entsprechenden Zwischenpausen wiederholt injiziert werden. Seine Anwendung ist indiziert: 1. bei frischer Syphilis, wo die rasche Sterilisation für die Umgebung des Patienten und die Allgemeinheit von Wichtigkeit ist, 2. Fällen von ausgedehnten syphilitischen Ulcerationen, um die Periode der Lokalbehandlung abzukürzen, 3. in Fällen, wo wichtige Organe, wie Augen, Kehlkopf usw., bedroht sind, 4. bei syphilitischer Kachexie, 5. in Fällen, wo Patienten Hg nicht vertragen können oder gegen Hg resistent sind, 6. bei Komplikation der Syphilis mit Tuberkulose, wo der Einflufs des Hg auf die Tuberkulose ein schlechter ist, 7. im Frühstadium der Tabes zur Linderung der Schmerzen oder Sphinkterstörungen und 8. bei hereditärer Syphilis der Kinder; bei letzteren zwei Fällen jedoch nur in kleinen Dosen. Kontraindiziert ist Salvarsan: 1. wenn Syphilis mit organischen Herzaffektionen oder vorgeschrittener Arteriosklerosis kompliziert ist, 2. bei Lähmungserscheinungen und vorgeschrittener Tabes, 3. bei irgendwelchen vorgeschrittenen Veränderungen im Gehirn, 4. bei akuten fieberhaften Störungen irgendwelcher Ursache, 5. bei ausgesprochenen Alkoholikern (?) und 6. sollte es nicht zu diagnostischen Zwecken angewandt werden. Für die tägliche Praxis möchte P. das Salvarsan noch ausgeschlossen wissen und empfiehlt als beste Methode öfters wiederholte Injektionen (kleinere Dosen) der öligen Suspension. *Stern-München.*

Weitere Mitteilungen über Salvarsan, von W. Heuck- und J. Jaffé-Bonn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Die Verfasser haben etwa 200 Syphilisfälle mit Salvarsan behandelt; aus den gewonnenen Erfahrungen ziehen sie folgende Schlüsse:

1. Dem Salvarsan kommt schon bei einmaliger, in höherem Grade bei zweimaliger Injektion in allen Stadien der Syphilis (abgesehen von den metasyphilitischen Erkrankungen) eine auffallende, den Einflufs des Quecksilbers erreichende oder gar übertreffende Wirkung zu.

2. Die besten Applikationsarten sind die intraglutäale Injektion einer schwach alkalischen, leicht trüben Lösung nach Alt und die intravenöse Injektion nach Weintraud.

3. Dafs durch Salvarsan schon bei e i n e r Injektion eine Therapia sterilisans magna zustande kommt, ist bisher nicht bewiesen. Das langsame Schwinden der Wassermannschen Reaktion und die schon häufig beobachteten Rezidive zeigen, dafs dies in einer Reihe von Fällen nicht gelungen ist.

4. Gefährliche Nebenwirkungen, dauernde Schädigungen von Organen scheinen bei richtiger Dosierung nicht vorzukommen; ob frühzeitige Nervenerkrankungen (Neuritis optica, Acusticus-Erkrankungen, Facialislähmung usw.) häufiger und früher auftreten als sonst, läfst sich noch nicht entscheiden. Spät auftretende Arzneiexantheme und Herpes zoster kommen nach jeder Injektionsmethode vor.

5. Die Wassermannsche Reaktion wird am schnellsten — und nach den Beobachtungen der Verfasser immer — bei primärer Lues umgestimmt, langsamer und seltener bei sekundär-syphilitischen Erscheinungen und bei Lues maligna, noch zögernder bei tertiärer und bei tardiver kongenitaler Lues, bei der die Umwandlung von den Verfassern noch nicht erreicht wurde.

6. Besondere Vorteile der Salvarsanbehandlung sind der schnelle Nachlafs der Sekretion und die rasche Überhäutung der infektiösen syphilitischen Effloreszenzen und das durch Überimpfung auch experimentell festgestellte rasche Verschwinden der Spirochäten im Oberflächensekret und im Gewebssaft aus der Tiefe.

7. Gleichzeitige Anwendung von Salvarsan und Quecksilber ist gut durchführbar und empfiehlt sich vor allem zur Abortivbehandlung der frischen syphilitischen Infektion und in den Fällen von Spätlues, in denen Salvarsan allein die Umwandlung der WASSERMANNschen Reaktion nicht herbeizuführen vermag. *Götz-München.*

Zur Salvarsantherapie der Syphilis, von H. SOWADE-Halle a. S. (*Reichs-Medizinal-Anzeig.* 1911. Nr. 6.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Bericht über drei mit Salvarsan behandelte Fälle, von E. G. FRENCH-Ahmednagar, Indien. (*Brid. med. Journ.* 18. Febr. 1911.) Verfasser hat das Salvarsan in Indien als erster an drei Fällen von schwerer Syphilis bei englischen Soldaten erprobt und ist mit den Erfolgen der (intramuskulären) Injektionen sehr zufrieden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Acht mit Salvarsan behandelte Fälle von Syphilis, von OLIVER S. ORMSBY-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56. Nr. 7.) Kasuistik, ohne wesentlich Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Die Anwendung von Salvarsan, von DOUGLASS W. MONTGOMERY-San Francisco. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 7.) Bekanntes. *Schourp-Danzig.*

Die mit Salvarsan erreichten Resultate, von v. TORDAY - Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zwei Beobachtungen mit Salvarsan, von NICOLAS und MOUTOT. (*Lyon méd.* 1911, S. 384.) Ein Patient mit einem grofsen Primäraffekt am Mons veneris, mehreren kleineren am Penis und mit Sekundärerscheinungen erhielt 0,5 Salvarsan intravenös. Die Erscheinungen gingen rasch zurück. Kopfschmerzen kamen nach fünf Wochen wieder. Bei einem anderen, der 0,3 in neutraler Suspension subcutan erhalten hatte, entwickelte sich ein steriler Abscefs. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Bemerkungen zu einer Salvarsaninjektion, von GLORIEUX. (*La Policlinique de Bruxelles.* 15. Febr. 1911.) Es handelte sich um eine Myelitis lumbalis luetischen Ursprungs zwei Jahre nach der Infektion. Eine in Frankfurt vorgenommene intraglutaeale Salvarsaninjektion brachte keine Besserung, während eine Jodkaliumbehandlung den Zustand wesentlich in günstigem Sinne beeinflufste. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur therapeutischen Bedeutung des Salvarsans, von W. REISS und F. KRZYSZTALOWICZ-Krakau. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) Beobachtungen in 74 Fällen. Betrachtungen über die Ursachen der fast regelmäfsigen Temperatursteigerungen, die sich als unabhängig von der Gröfse der einverleibten Dosis erwiesen. Grofsenteils gute Resultate, auch — im Gegensatz zu anderen Arbeiten — bei papulösem Exanthem und Drüsenschwellungen. Rezidive liefsen sich nicht vermeiden. *W. Lehmann-Stettin.*

Versuche der ambulatorischen Anwendung von Salvarsan, von EPSTEIN. (*Praktitscheski Wratsch.* 1911. Nr. 8.) Gleich manchem andern hat auch E. die Salvarsaninjektionen ambulant, freilich subcutan, bzw. intramuskulär, vorgenommen. In 20 Fällen ist es ihm dabei glücklich ergangen. Das Präparat Salvarsan wirkt nach E. spezifisch. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von C. F. MARSHALL-London. (*Lancet.* 25. Febr. 1911.) Aus dieser offenbar weniger durch persönliche Beobachtungen begründeten, als auf Mitteilungen aus der Literatur und auf theoretischen Deduktionen sich aufbauenden Besprechung ist eigentlich nur der eine Punkt erwähnenswert, nämlich die in den Berichten über Salvarsanbehandlung wohl vielfach aufser acht gelassene Tatsache, dafs auch bei der Behandlung mit Quecksilber und anderen Mitteln man oft genug ein ganz überraschend schnelles und die Diagnose geradezu verwirrendes Verschwinden aller Symptome erleben kann. Geradezu falsch und irreführend ist aber in Anbetracht der Wirkung des Salvarsans

auf die Spirochaeta pallida und das Verhalten der WASSERMANNschen Reaktion die Behauptung Ms., dafs es sich hierbei nur um eine Behandlung von Symptomen, nicht der Krankheit selbst handle. Ebenso verdient die Bemerkung, dafs EHRLICH nach kommerziellen Methoden und nicht nach den ethischen Prinzipien der medizinischen Wissenschaft bei der Einführung seiner Entdeckung vorgegangen sei, die allerschärfste Zurückweisung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Salvarsan und Syphilis, eine Entgegnung auf die von C. F. MARSHALL vorgebrachten Ansichten, von J. MC INTOSH und P. FILDES-London. (*Lancet.* 18. März 1911.) Es wird (um einen studentischen Ausdruck zu gebrauchen) den MARSHALLschen Angriffen, welche sich sowohl gegen den therapeutischen Wert als auch gegen die von EHRLICH gewählte Einführungsweise des Salvarsans gerichtet hatten, eine wohlverdiente gründliche Abfuhr erteilt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beobachtungen an 28 mit Salvarsan behandelten Patienten, von B. C. CORBUS-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 8.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von A. L. JOANNIDÈS-Kairo. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Aus seinen in 58 Fällen gewonnenen Erfahrungen schliefst L., dafs das lege artis angewandte Salvarsan keinerlei Intoxikations- oder andere bedenkliche Erscheinungen zur Folge hat. Die Heilkraft des Mittels ist, besonders bei den tertiären und malignen Syphilisformen, unverkennbar. Für die Gründlichkeit und Dauer der Heilung scheint Salvarsan viel gröfsere Gewähr zu leisten, als Quecksilber, überdies schliefst es die Überempfindlichkeit aus, die bei der Quecksilberkur beobachtet wird. *Götz-München.*

Kasuistische Beiträge zur Salvarsanbehandlung, von A. SACK-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 9.) Verfasser schildert einige besonders frappante Beispiele von der Heilwirkung des Salvarsans, wobei er namentlich Gewicht auf die endovenöse Applikationsmethode und auf die Verabreichung wiederholter und nicht zu kleiner Dosen legt. Der eine seiner Fälle betraf einen jungen Mann mit kolossalem indurativem Ödem des Praeputiums, unter welchem die ungewöhnlich grofse Initialsklerose palpatorisch zu erkennen war. Es wurde die Injektion für den folgenden Tag angesetzt. Während der Nacht aber erfolgte aus dem erodierten Corpus cavernosum penis eine schreckenerregende Blutung, die noch anhielt, als der Patient sich zur Injektion einfand. Trotz eines gewissen Unfalls bei der (intravenösen) Einspritzung fing die Schwellung sofort an, abzunehmen, die Blutung war nach zwölf Stunden gestillt, und die Heilung nahm einen in jeder Beziehung günstigen Verlauf. Ein anderer Fall betraf ein 16jähriges, seit zehn Jahren krankes Mädchen mit enormen Zerstörungen an der Nase, Oberlippe, Rachenorganen usw. Den therapeutischen Erfolg mit Wiederherstellung von anscheinend total zerstörten Gebilden (Nase usw.) kann man nur als ganz erstaunlich bezeichnen. Auch die anderen hier geschilderten Fälle sind höchst beachtenswert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erfahrungen mit Salvarsan, von HOWARD FOX und WILLIAM B. TRIMBLE-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 9.) Nichts wesentlich Neues. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von RISSOM-Mainz. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 11.) Die Erfahrungen, an 72 Fällen gesammelt, decken sich mit denen zahlreicher anderer Autoren. Empfohlen wird intravenöse Anwendung bei Soldaten, Kombination mit Hg-Kur. *Arthur Schucht-Danzig.*

Unsere Erfahrungen mit Salvarsan bei der Behandlung der Syphilis, von PORT-Göttingen. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 12.) Verfasser sah bei WECHSELMANNscher Technik auffallend viele unangenehme Nekrosen. Er plädiert für zwei bis drei Tage

Bettruhe nach der intravenösen Injektion und sah bei einem Studenten, welcher nach 24 Stunden die Klinik verliefs, nach zwei Tagen lokale Thrombosen mit Schwellung des betreffenden Armes. In zwei Fällen ging die spezifische Neuritis optica nach Salvarsan zurück. In zwei Fällen traten wenige Tage nach intravenöser Injektion frische Syphiliserscheinungen auf, die nicht als Jarisch-Herxheimersche Reaktion zu deuten waren. Auch ein sogenanntes Neurorezidiv wurde beobachtet: fünf Monate nach subcutaner Injektion Auftreten einer totalen rechtsseitigen Labyrinthtaubheit ohne Störung anderer Gehirnnerven. Verfasser vertritt die Ansicht, dafs es sich bei den jetzt so häufig beobachteten Neurorezidiven um eine toxische Schädigung von Nervengebieten nicht nur durch Endotoxine, sondern auch durch Salvarsan handelt und dafs es nötig erscheint, die Kranken auf diese eventuell auftretenden schädlichen Folgen aufmerksam zu machen und sich durch Revers von jeder Verantwortung für schädliche Folgen der Salvarsaninjektion entbinden zu lassen.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die bisherigen Erfolge der Syphilisbehandlung mit Salvarsan und die Aussicht auf Dauerheilung, von M. v. Zeissl-Wien. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 12.) Kurze Betrachtung auf Grund von 200 ausschliefslich intramuskulär ausgeführten Injektionen. Verfasser gehört zu den bedingungslosen Optimisten dem Salvarsan gegenüber und hegt noch die Hoffnung auf Dauerheilung nach einer einzigen Injektion mit „einer an Gewifsheit grenzenden Wahrscheinlichkeit.“ (!) Die bösen „Neurorezidive“ erkennt er nicht an, sondern weist die Behauptung, dafs solche durch bzw. nach Salvarsan vorkämen, als „entschieden unrichtig“ zurück und zwar aus dem Grunde, weil er in einer Woche drei frisch luetische unbehandelte Patienten sah, die an Facialislähmung, Schwerhörigkeit oder Ohrenklingen (!) litten, welche Symptome auch unter Salvarsanbehandlung abheilten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von J. Odstrčil-Prag. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 12.) Bericht von fünf behandelten Fällen gummöser Syphiliserscheinungen und von ihrer schnellen Beeinflussung durch intraglutäale Salvarsaninjektionen. *Schourp-Danzig.*

Die klinischen Resultate der Salvarsananwendung, von Howard Fox und William B. Trimble-New York. (*New York med. Journ.* 18. März 1911.) Verfasser kommen zu folgenden Allgemeinschlüssen aus einer ziemlichen Reihe eigener Beobachtungen und den Literaturangaben: 1. Salvarsan ist ohne Zweifel ein wirksames Mittel, um gewisse syphilitische Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen. 2. Dessen symptomatischer Einflufs zeigt sich vielleicht am deutlichsten bei Schleimhautveränderungen. 3. Von besonderem Werte scheint es bei maligner Frühsyphilis und in Fällen welche gegen Quecksilber refraktär sind, zu sein. 4. Eine endgültige Ansicht über die Dauerwirkung kann erst nach Verlauf mehrerer Jahre, während welcher sowohl die klinischen Erscheinungen wie die Wassermannsche Reaktion sorgfältig zu beobachten sind, aufgestellt werden. 5. Rückfälle sind jedenfalls häufig und scheinen häufiger vorzukommen, als nach Quecksilberbehandlung. 6. Mit Ausnahme gewisser ausgewählter Fälle dürfte das Salvarsan nicht als Ersatz des Quecksilbers anzusehen sein. 7. Die unangenehmen Nebenerscheinungen des Salvarsans sind nach Fs. und Ts. Erfahrung zwar ziemlich häufig, aber meist nur vorübergehender Natur und ohne Bedeutung. 8. Nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse scheint die wirksamste Methode die intravenöse Injektion, vier Tage oder später von intramuskulärer Injektion einer Ölsuspension gefolgt, zu sein. *Stern-München.*

Bemerkungen über die Verwendung von Salvarsan bei Syphilis, von T. W. Gibbard und L. W. Harrison-London. (*Lancet.* 18. März 1911.) Es standen den Verfassern 150 Fälle von Syphilis im Militärlazarett zur Verfügung, wobei sich der

Vorteil bietet (bei diesen Berufssoldaten), mit wenigen Ausnahmen stets den weiteren Verlauf lange Zeit hindurch kontrollieren zu können. Auch enthält die Liste 34 Patienten, bei denen die sonstigen Mittel aus dem einen oder dem anderen Grunde versagt hatten. Bei diesen letzteren betonen Verfasser namentlich die günstige Wirkung des Salvarsans; im übrigen sind ihre Erfahrungen konform der grofsen Überzahl der sonstigen bisherigen Publikationen. Das Verhalten der Serumdiagnose wurde nach Wassermann und gleichzeitig nach der Sternschen Modifikation ausgiebig mit 883 Reaktionen geprüft, wobei in sehr vielen Fällen ein dauerndes Negativwerden konstatiert wurde. Die Darreichung des Mittels war anfangs als subcutane Injektion erfolgt, bald gingen Verfasser aber zu der intravenösen Methode über. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von A. Evans-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 18. März 1911.) An einem relativ kleinen Material von 44 Fällen hat E. seine Beobachtungen ausgeführt, doch konstatiert er auch, dafs dem Präparat eine ausgesprochene Heilkraft auf den syphilitischen Prozefs innewohnt. Die Injektionen wurden teils intramuskulär (bei 34 Patienten), teils intravenös (10 mal) gegeben. Die Dosis betrug bei ersteren bis zu 0,6, bei der intravenösen Darreichungsmethode 0,4 bzw. (bei Frauen) 0,3. Mehrmalige Injektionen scheinen nicht gegeben worden zu sein. Die behandelten Fälle umfafsten alle Stadien des Krankheitsprozesses; meistens handelte es sich um Frühstadien, aber bei elf Kranken waren Spätläsionen vorhanden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Präventivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan, von R. Knaur-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 13.) 14 männliche Patienten, die im primären Stadium vor Auftreten des Exanthems mit Salvarsan behandelt worden waren, konnten $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr weiter beobachtet werden; fünf Rezidive, ein Fall bisher ohne Exanthem, aber mit noch bestehender Sklerose, fünf ohne Erscheinungen und mit negativem Wassermann — von diesen allerdings der älteste erst $3^1/_2$ Monate nach der Injektion! Verfasser möchte noch nicht alle Hoffnung bezüglich einer Abkürzung der Syphilis durch Salvarsan aufgeben, glaubt aber doch als „richtige Indikationsstellung": maligne Syphilis, quecksilberfeste Syphilis, Quecksilberidiosynkrasie und alle Fälle, wo rascheste Wirkung anzustreben ist, angeben zu müssen. *W. Lehmann-Stettin.*

Über Erfahrungen mit Salvarsan, von H. Isaac-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 13.) Unter Preisgabe gewissermafsen des Gedankens der Therapia sterilisans magna hat I. bei einer gröfseren Reihe von Kranken das Salvarsan in wöchentlichen Dosen von 0,1 injiziert und hat in der Mehrzahl der so behandelten Fälle die Wassermannreaktion nach der sechsten Einspritzung negativ werden sehen. Zur gröfseren Bequemlichkeit hat er das Salvarsan in schwachsaurer Lösung bzw. in einer Fettölemulsion in Dosen von 0,11 bzw. 0,22 steril in Ampullen in der Hadraschen Apotheke in Berlin herrichten lassen. Diese Emulsionsmasse besteht aus feinstem Schweineschmalz und Mandelöl, es genügt, die Ampulle einen Augenblick in der geschlossenen Hand zu halten, um eine vollständige Verflüssigung herbeizuführen. Die Injektion der Emulsion wird subcutan gegeben, während die schwachsauren Lösungen sowohl subcutan am Rücken als auch intraglutäal verabreicht werden können. Vor allem sind als Vorzüge dieser Methode der Salvarsanbehandlung die Vermeidung gröfserer Schmerzen und die Gefahrlosigkeit jedenfalls anzuerkennen. Über die Endergebnisse mufs erst die Zukunft entscheiden. Übrigens hat I. auch mehrere Fälle (unter seinen mehr als 500 zählenden Kranken) gesehen, welche nach einer einzigen gröfseren Injektion jetzt mehrere monatelang frei von allen Symptomen geblieben sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eigene Erfahrungen mit der Verwendung von Salvarsan bei der Behandlung der Syphilis, von H. Goldenberg und D. J. Kaliski-New York. (*Amer. Journ.*

med. scienc. März und April 1911.) Im allgemeinen drücken sich Verfasser sehr vorsichtig aus in bezug auf die Resultate, welche sie bei ihrem Material von 48 Fällen erzielt haben; namentlich betonen sie, dafs die WASSERMANNsche Reaktion bei relativ sehr vielen Patienten positiv verblieb, auch bei Besserung der klinischen Erscheinungen. Immerhin führen sie in ihrer tabellarischen Liste 27 Fälle als „geheilt", wenn auch vielleicht mit einer gewissen Reservatio mentalis, und aufserdem sind viele als mehr oder weniger gebessert notiert. Es ist dabei hervorzuheben, dafs nur ein einziger Patient von ihnen endovenös behandelt wurde. Derselbe ging bald nach der Injektion unter den Erscheinungen der akuten Manie und beeinflufst durch einen starken Abusus alkoholicus zugrunde. Im übrigen zeigen die gemachten Beobachtungen die gröfste Ähnlichkeit mit den in den vielen sonstigen Publikationen beschriebenen Erfahrungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen über die Anwendung und Wirkung von Salvarsan, von TH. SCHMIDT-Mannheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 16.) Das Zahlenmaterial der mit Salvarsan behandelten Fälle wird durch die vorliegende Mitteilung um 250 Fälle vermehrt. Das Ergebnis ist eine weitere Bestätigung der bisherigen allgemeinen Erfahrungen. Besonders frappant sind allerdings die ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten von einigen Fällen von Gehirnsyphilis. Bei Arthritis syphilitica dagegen (fünf Fälle) war ein wesentlicher Erfolg nicht zu verzeichnen. Zum Kapitel der Technik sei bemerkt, dafs Verfasser bei seinen letzten Fällen ausschliefslich die intravenöse Injektion anwandte. Nach VOLHARDS Vorgang gibt er zunächst eine Dosis von 0,1 und nach etwa fünf Stunden eine solche von 0,5, mit dem Gedanken, zunächst eine Reizung nach Art der HERXHEIMERschen Reaktion auszulösen, um dann in den hyperämischen Bezirken eine gröfsere Angriffsfläche auf die Spirochäten zu haben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die WASSERMANNsche Reaktion und Salvarsan, von THOMAS MAC RAE-New York. (*New York med. Journ.* 31. Dez. 1910.) 54 mit Salvarsan unter Prüfung mit WASSERMANNscher Reaktion behandelte Fälle mit folgenden Schlufsfolgerungen. Sollte sich Salvarsan weiterhin als ungefährlich erweisen, so wird die Behandlung der Zukunft Salvarsan zusammen mit Hg in ausgewählten Fällen sein und zwar vielleicht 1,2 oder mehr Salvarsaninjektionen, welchen Hg vorhergeht und folgt. Kein Patient sollte ohne vorhergehende WASSERMANN-Reaktion behandelt und diese in entsprechend kurzen Zwischenpausen wiederholt werden. Der sicher geringe Prozentsatz aktiver tertiärer Syphilis mit negativer WASSERMANNscher Reaktion mufs bezüglich der Salvarsanindikationen noch besser aufgeklärt werden, da der Spirochätennachweis in solchen Fällen nicht immer möglich ist. In manchen unklaren Fällen von Erkrankungen des Nervensystems, die negative WASSERMANNsche Reaktion gaben, aber zweifellos früher Syphilis hatten, haben die klinischen Resultate die Salvarsananwendung völlig gerechtfertigt. In all den behandelten Fällen wurde intramuskulär und subcutan nach ALT bzw. WECHSELMANN, später mit der nach LESSER modifizierten ALTschen Methode injiziert und in keinem der beste, der intravenöse Weg, gewählt. *Stern-München.*

Die Heilwirkung des Salvarsans bei der Lues des Kindesalters, von JOHANN V. BÓKAY, unter Mitwirkung von LUDWIG VERMES und ZOLTÁN V. BÓKAY. (*Wien. klin. Wochenschr.* 27. April 1911. u. Beilage des *Orvosi Hetilap.* 1911. Nr. 12.) Ausführlicher Bericht über 26 Fälle, von denen 14 länger als vier Monate in Beobachtung stehen; davon 23 Fälle von Lues congenita, drei akquirierte Lues. Die Hälfte der Kinder war noch nicht ein Jahr, die andere Hälfte verteilte sich auf Kinder bis zu elf Jahren. Anfänglich wurde 0,005, später 0,008—0,01 g per Kilogramm Körpergewicht, meist intraglutäal, injiziert. Die erhaltenen Resultate waren im grofsen und ganzen gut; drei Rezidive in kurzer Zeit; WASSERMANN wechselnd; prompte Gewichts-

zunahme in der Mehrzahl der Fälle. Die Beobachtungen bestätigen, „dafs in befriedigendem Zustande befindliche, natürlich genährte Säuglinge das Salvarsan ohne Schaden und gut vertragen.“ Die Rezidive weisen darauf hin, dafs „die Einzelheiten der Salvarsanbehandlung heute auch bei der Heilung der Lues des Kindesalters noch nicht endgültig festgestellt sind.“ *W. Lehmann-Stettin.*

Salvarsanbehandlung bei Säuglingen, von Alfred Döblin-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 12.) Es wurden sechs Säuglinge subcutan bzw. intramuskulär mit Salvarsan 0,025—0,06 behandelt. Zwei mehr oder weniger desolate Fälle starben danach, aufserdem aber eins von vorzüglichem Allgemeinbefinden (0,03 Salvarsan), das in den Tagen nach der Injektion auffallend zunahm (Ödem im mesenterialen und subcutanen Fettgewebe als Folge arsenotoxischer Lähmung der Gefäfs- und Lymphkapillaren!) und am 4. Tage starb. In keinem der anderen Fälle trat eine Besserung des Befindens ein. Es soll daher, zumal auch 0,03 nicht vor Rezidiven schützt, lieber nur 0,01—0,02 (= 5—6 mg per Kilogramm) gegeben werden. Elende Kinder soll man nicht mit Salvarsan behandeln und man soll an die Schwankungen der As-Toxizität denken. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Kenntnis der Behandlung kongenitaler Syphilis beim Säugling durch Injektion von Salvarsan bei der stillenden Mutter, von J. Peiser-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Verfasser berichtet über zwei im Sinne Taege-Duhots behandelte Fälle (einer mit fötaler visceraler, einer mit Haut- und Schleimhautsyphilis.) In beiden Fällen war der Erfolg der Behandlung negativ. Verfasser rät daher ab, sich bei Behandlung der Säuglingssyphilis auf diese Methode zu verlassen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bemerkungen zur Behandlung der Erbsyphilis mit Salvarsan, von C. F. Marshall. (*Brit. Journ. of childrens dis.* März 1911.) Neben einigen sehr richtigen Bemerkungen über die Bewertung des Ehrlichschen Mittels bringt die Arbeit in der Hauptsache eine Polemik gegen dieses. Nicht durch Beweise, sondern lediglich auf Grund unsachgemäfser Bemerkungen kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs keine Berechtigung vorhanden sei, Erbsyphilis mit Salvarsan zu behandeln, selbst wenn die grofsen Gefahren des Mittels nicht wären. Sollte diese Behandlung bei ererbter wie bei erworbener Syphilis allgemein werden, würde die Zahl und Schwere tertiärer Erscheinungen bedeutend wachsen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Vier Beobachtungen über Salvarsan bei Schwangeren, von Bar. (*Bull. méd.* S. 162.) Unter anderem Mitteilung über eine im fünften Monate syphilitische Gravide, bei der einen Monat nach der Injektion von Salvarsan der Foetus abstarb. Tissier berichtet ein ähnliches Ereignis bei einer Frau im sechsten Monat. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Klinische und experimentelle Beobachtungen über Syphilis maligna nebst einigen Bemerkungen über Salvarsan, von A. Buschke-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Für den von Syphilis maligna befallenen Menschen nimmt Verfasser eine Art von Prädisposition an. Prognostisch unterscheidet er vier Formen von Fällen: 1. solche, die unter günstigen Verhältnissen spontan abheilen, 2. solche, die unter Jod- oder normaler Hg-Behandlung abheilen, 3. solche, die einer intensiven Jod- und Hg-Behandlung (Calomel!) bedürfen und 4. gegen Jod, Hg und Zittmann refraktäre Fälle. Mit Recht weist Verfasser darauf hin, dafs die plötzlich so zahlreichen Hg-refraktären Fälle den mit dieser Technik vertrauten Verfassern kaum in dieser Menge bekannt sind. Er hält an seiner Anschauung über das Vorhandensein einer Neurotropie des Mittels gegenüber Ehrlich fest und befürchtet aufserdem bezüglich der intravenösen Salvarsaninfusion, dafs das Salvarsan mikroskopische Schädigungen in den inneren Organen veranlafst und dadurch die Prädisposition für syphi-

litische Lokalisationen wird. Von Interesse ist, dafs ein Fall acht Wochen nach intravenöser Behandlung noch Salvarsan ausscheidet.

In der Tatsache, dafs Salvarsan gerade auf Effloreszenzen der malignen und tertiären Syphilis besonders günstig einwirkt, in denen Spirochäten kaum zu finden sind, erblickt Verfasser eine Stütze seiner der EHRLICHschen widersprechenden Auffassung von der vorwiegenden organotropen Wirkung auch dieses Präparates, wie er sie dem Hg und Jod schon lange zuschreibt.

Grofses Interesse beanspruchen Verfassers Affenimpfexperimente mit Material aus spirochätenfreien Syphiliseffloreszenzen. Es gelang ihm in den meisten Fällen, bei Affen Läsionen zu erzeugen, die nach Inkubation, klinischem Aspekt und Immunitätsphänomenen den mit spirochätenhaltigem Material erzeugten gleichen. Dieselben sind in manchen Fällen besonders hartnäckig und enthielten nie Spirochäten.

Arthur Schucht-Danzig.

Meine Erfahrungen mit Salvarsanbehandlung bei syphilogenen Nervenkrankheiten, von H. OPPENHEIM. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) O. fafst die Erfahrungen und Beobachtungen, die er bisher mit der Salvarsanbehandlung gemacht hat, in folgender Weise zusammen:

1. Bei Lues cerebri, spinalis und cerebrospinalis scheint Salvarsan nicht mehr zu leisten als Jod und Quecksilber, kann aber noch einen günstigen Effekt haben, wenn diese versagen. Seine Wirkung entfaltet es am ehesten bei den gummösen Prozessen, während es bei der Endarteriitis und der syphilitischen Spinalparalyse — wenigstens im späten Stadium — keinen erheblichen Einflufs zu haben scheint. Nach diesen Erfahrungen, die sich allerdings fast durchaus auf die subcutane und intramuskuläre Injektion beziehen, ist es nicht angezeigt, sich bei der Lues cerebri, spinalis und cerebrospinalis auf Salvarsan allein zu verlassen. Die EHRLICHsche Behandlung scheint nicht vor der Erkrankung unter Hirnsymptomen zu schützen.

2. Bei der Tabes dorsalis führt Salvarsan in einem kleinen Prozentsatz der Fälle durch Hebung des Allgemeinbefindens und durch Beseitigung einiger Symptome, sogar solcher, die als stabil gelten, eine wesentliche Besserung herbei; dem stehen entschiedene Mifserfolge und evidente Schädigungen gegenüber. Immerhin scheinen günstige Einwirkungen häufiger zu sein als Verschlimmerungen; aber durchgreifende Heilerfolge sind nicht zu erwarten, und man wird die Entschliefsung am besten dem Patienten selbst unter Darlegung der Chancen überlassen.

3. Trotz eines überraschenden Erfolges in einem als Paralyse imponierenden Falle glaubt O. seinen übrigen Erfahrungen zufolge, dafs von der Salvarsanbehandlung bei der echten Paralyse nichts bedeutendes zu erwarten ist. Doch erscheint in zweifelhaften Fällen bei der trostlosen Prognose der Krankheit ein Versuch mit dem Mittel gerechtfertigt.

Götz-München.

Nervenstörungen und Salvarsanbehandlung, von P. EHRLICH. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) EHRLICH bespricht zunächst den FINGERschen Fall von Sehnervenatrophie bei einem Patienten, der vor der Salvarsanbehandlung eine Arsacetinbehandlung und zwei Enesolkuren durchgemacht hatte; wahrscheinlich haben die letzteren Behandlungen hier eine Überempfindlichkeit des Auges hervorgerufen.

Erkrankungen des N. vestibularis nach Salvarsan hält EHRLICH für den Ausdruck einer bis dahin latent bestehenden syphilitischen Affektion dieses Nervenstammes nach Art der HERXHEIMERschen Reaktion.

Ebenso handelt es sich bei den beschriebenen Fällen von Erkrankungen des Acusticus und Facialis, seltener auch der Retina nach Salvarsan um echte luetische Erkrankungen.

Diese Fälle treten alle im zweiten bis achten Monat der Syphilis auf, wo der ganze Organismus von Spirochätenherden durchsetzt ist. Die Erscheinungen kommen

auch nach Hg-Behandlung vor; die auffallenden klinischen Symptome sind begründet in dem Sitz dieser meist in Knochenkanälen eingeschlossenen Nervenstämme. Ihrem geringen Umfang entsprechend veranlassen diese Erkrankungen keine positive WASSERMANNsche Reaktion und sind gewöhnlich durch erneute spezifische Behandlung leicht zu beseitigen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall von sekundärer ulceröser Lues, Verschlimmerung nach Salvarsan, sofortige Besserung nach Hg oxycyanatum, von ARTHUR STRAUSS-Barmen. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 49.) In einem Fall, wo die Infektion $1^{1}/_{2}$ Jahre zurücklag und wo ein rupiaförmiges ausgedehntes Ulcus der Nasenspitze bestand, führte Salvarsan 0,5 subcutan Besserung nicht herbei, sondern erfolgte Heilung erst nach drei Injektionen von Hg oxycyanatum 1 %ig. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Behandlung der tertiären Syphilis mit Salvarsan, von JOH. FABRY-Dortmund. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 50.) Verfasser teilt eine Anzahl von Fällen mit günstigen Erfolgen mit und glaubt, dafs Salvarsan hier die Eigenschaften der kombinierten Jod- und Hg-Behandlung vereinigt. Wenn er allerdings sagt: „Wir wissen ferner, dafs umgekehrt die sofortige Einleitung einer Quecksilberkur bei tertiärer Syphilis geradezu als ein Fehler betrachtet wird", so wird er wegen dieser Behauptung den schärfsten Widerspruch einer grofsen Zahl von Fachkollegen begegnen.
Arthur Schucht-Danzig.

Über akute luetische Nierenentzündung anläfslich eines mit Salvarsan geheilten Falles, von H. NÁDOR - Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1911. Nr. 15.) Eine 26jährige Erzieherin fühlte sich seit 14 Tagen müde. Sie hatte weder Fieber noch Schmerzen, daher unterbrach sie den Unterricht nicht. Vor vier Tagen nahm sie und ihre Umgebung wahr, dafs ihr Gesicht geschwollen ist. Sie legte sich zu Bett und merkte dabei, dafs auch ihre Füfse geschwollen waren. Nach und nach schwoll der ganze Körper an. Ihr Gesicht wurde trüber, sie hatte starke Kopfschmerzen und Brechreiz. Atemnot quälte sie. Bei der Aufnahme wurde grofse ascitische Gedunsenheit konstatiert. Am stärksten war sie auf dem Rücken und dem Bauche, auf den Gliedmafsen und namentlich im Gesicht, das ganz verunstaltet war, entwickelt. Wegen der gedunsenen Augenlider konnte Patientin schwer sehen. Auch die Kopfhaut behält überall die Fingereindrücke und ist auf Druck sehr empfindlich. Der Urin ist trüb, alkalisch; das spezifische Gewicht beträgt 1034. Beim Kochen gerinnt er. Die Albumenmenge ist mehr als 3 %, enthält viel körnige und hyaline Cylinder, viel Nierenepithelzellen, einige Eiterzellen. Rote Blutzellen waren überhaupt nicht vorhanden. Die WASSERMANN-Probe war sehr stark positiv. In der Anamnese erhielt Verfasser keine Daten, auf Grund deren akute Nephritis hätte angenommen werden können. Starke harntreibende Mittel, Schwitzen, strenge Diät hatten keine Besserung, sondern Verschlimmerung zur Folge. Auf Grund der positiven WASSERMANNschen Probe wurde Salvarsan-Injektion vorgenommen. Der Gefrierpunkt des geseiten Urins war 1,54°; Refraktion 1,3477; nach dem Eiweifsniederschlag 1,3337; die Chloridenmenge war im ganztägigen Urin weniger als 2,0 g. Die Refraktion des Blutserums war 1,3438, folglich hatte Patientin hochgradige Hydrämie. Von Salvarsan wurde 0,5 g nach WASSERMANNscher Methode in die linksseitige Glutaeus-Muskulatur injiziert. Von jeder sonstigen medikamentösen Behandlung wurde abgesehen. Vier Wochen später: Urin 4100 cm^3, spez. Gewicht 1008. Ascites war ganz verschwunden. Hydrothorax hörte auf. Verfasser leitet von dem Falle folgende Konklusionen ab: In Fällen von akuter parenchymatöser Nephritis ohne jeden andern erkennbaren ätiologischen Faktor mufs man an die Möglichkeit luetischen Ursprungs denken. 2. Man suche daher die in der Anamnese nicht sehr alte luetische Infektion, forsche nach, ob keine luetischen Symptome vorhanden sind und man nehme die WASSERMANNsche Serumreaktion

vor. 3. Wenn die Untersuchung den luetischen Ursprung wahrscheinlich macht oder einen Verdacht erweckt, soll mit der spezifischen Behandlung der Lues begonnen werden. Das kann mit Quecksilber oder Salvarsan geschehen. Angesichts dessen, daſs Quecksilber, als anerkanntes Nierengift, schon von vornherein ein zweischneidiges Messer zu sein scheint, und daſs man in einem groſsen Teil der Fälle wegen der aufgetretenen Vergiftungssymptome (hartnäckige Stomatitis) von der Quecksilberbehandlung absehen muſs, ferner angesichts dessen, daſs die spezifische Wirkung des Salvarsans zweifelsohne rascher zur Geltung kommt, muſs man in solchen Fällen dem Salvarsan Vorzug geben. Arsenvergiftungssymptome — abgesehen von dem achttägigen Darmkatarrh — sah Verfasser niemals trotz der schweren Niereninsuffizienz zurzeit der Injektion. *Porosz-Budapest.*

Syphilitische Nephritis mit Salvarsan behandelt, von Caussade u. Regnard. (*Bull. méd.* 1911. S. 139.) Ein Patient mit syphilitischer Nephritis, der urämische Anfälle hatte, bekam nach dem Versagen einer Hg-Kur 0,3 Salvarsan intravenös. Nach zwei Tagen entstand Anurie und nach weiteren acht Tagen trat der Tod ein. Dennoch glauben die Autoren, daſs das Mittel keine Schuld trifft.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von gummösem Magentumor, geheilt durch Salvarsanbehandlung, von Hausmann-Tula (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Bei einem zwecks Operation eines Magentumors ins Krankenhaus überwiesenen Patienten diagnostizierte H. nach dem durch genauste klinische Untersuchung erfolgten Ausschluſs der Diagnosen Karzinom, Ulcus und Tuberkulose eine syphilitische Infiltration der groſsen Kurvatur des Magens sowie gummöse Tumoren um den Pylorus herum und extraperitoneale Infiltration unterhalb desselben und an der Gallenblasengegend. Es wurde intravenös 0,6 Salvarsan gegeben und zwölf Tage später 0,6 intramuskulär in alkalischer Lösung. Eine zweite intravenöse Injektion (0,5) wurde sechs Wochen nach der ersten gegeben, doch geschah dies nur aus prophylaktischen Gründen, denn es waren sämtliche Magenbeschwerden, die anfangs allerdings von der allerschwersten Art gewesen waren, um diese Zeit vollständig beseitigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Salvarsanbehandlung bei syphilitischen Leiden der oberen Luftwege, von J. Safranek-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 52.) Das Salvarsan hat sich in 30 Fällen des Verfassers glänzend bewährt. Es übertrifft an Intensität und Schnelligkeit die bisher gebräuchlichen antiluetischen Mittel. Die luetischen Gewebsprodukte wurden nach der Injektion sehr rasch resorbiert, bei Gewebserkrankungen, namentlich bei Schleimhautulcerationen, trat mit auffallender Schnelligkeit Epithelbildung ein. Einige Stunden nach der Injektion beobachtete Verfasser bei der gröſseren Hälfte der Fälle mehr oder weniger ausgeprägte Reaktion, die sich namentlich durch das stärkere Hervorragen der umliegenden Teile und durch eine sehr lebhafte hochrote Pigmentation geäuſsert hat. Die Patienten fühlen an der Stelle des Affektes ein Wundgefühl. Der Schmerz vor der Behandlung, Schlingbeschwerden verschwanden gewöhnlich am zweiten bis dritten Tage nach der Injektion. Drei bis zehn Wochen nach der Injektion trat in keinem einzigen Falle eine Erneuerung der klinischen Symptome ein.

Porosz-Budapest.

Über einige Nebenwirkungen des Salvarsans, von J. Sellei-Budapest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) Zunächst berichtet Verfasser über drei Fälle, bei denen nach der Injektion von Salvarsan Affektionen am Gehörapparat hervortraten; er ist aber entschieden der Meinung, daſs die Störung wenigstens nicht ausschlieſslich der Medikation zur Last gelegt werden kann, denn zwei der Kranken erfuhren bei Darreichung von Jodkalium eine wesentliche Besserung ihres Ohrenleidens, während beim dritten das Endresultat noch abzuwarten ist. Als Gegenstück wird ein Fall von alter

Lues mit Gehörläsionen gemeldet, bei welchem nach Salvarsan alle Symptome von Seiten des akustischen Apparates glatt verschwanden. Von anderweiten Nebenwirkungen erwähnt S. Zittern der Hände, allgemeine Hyperästhesie und Hautausschläge sowie zwei Fälle von Nierenreizung mit Albuminurie und (einmal) Hämaturie. Alle diese Störungen waren aber im Vergleich zu der sonstigen im allgemeinen vorzüglichen Heilwirkung von geringer Bedeutung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine schwere Nebenwirkung des Salvarsans, von W. Gilbert-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) Ein neunjähriges, etwas anämisches Mädchen, wegen Keratitis parenchymatosa in klinischer Behandlung, erhielt eine intraglutäale Injektion von 0,2 Salvarsan in Ölemulsion (nach Kromayer). Das Kind hatte angeblich mit sechs Jahren eine „Nervenkrankheit" durchgemacht, und es war am rechten Bein eine leichte spastische Parese (gesteigerter Patellarreflex, Fufsklonus) nachweisbar. Die Wassermannsche Reaktion war positiv. Aufser mäfsigen Schmerzen am injizierten (linken) Bein war ein vorübergehendes masernartiges Exanthem daselbst zu konstatieren, und 81 Stunden nach Verabreichung der Injektion traten schwere Krämpfe, Trismus, Bewufstlosigkeit und Kollaps bei einer Pulsfrequenz von 160 hervor. Kampherinjektionen, Chloralhydrat per Klysma, Chloroforminhalationen usw. führten schliefslich zur Genesung. Verfasser führt diese äufserst ernste Attacke auf Reizung eines alten meningitischen Herdes durch das Salvarsan zurück. Es waren zwei andere Kinder ohne irgendwelchen Nachteil mit der restierenden Portion der Injektionsmasse behandelt worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Salvarsanbehandlung in der inneren Medizin, von Leonor Michaelis Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Zusammenfassende Schilderung der Chemie des Salvarsans, der verschiedenen Arten der Einverleibung, der unmittelbaren Folgen und der Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse bei den verschiedenen Injektionsmethoden, der Giftwirkungen und der Wirksamkeit des Präparates. Kontraindiziert ist die Anwendung des Salvarsans nur bei Syphilitikern mit schweren, allgemeinen, organischen Erkrankungen, schwerem Diabetes, akuter, nicht-syphilitischer Nephritis. Jedenfalls sind die toxischen Wirkungen des Mittels nicht im geringsten höher anzuschlagen als die des Quecksilbers; ausgesprochene Idiosynkrasie gegen Salvarsan hat M. nie gesehen. In der jüngsten Zeit sind von Finger, Wechselmann und von M. selbst in den Anfangsstadien der Erkrankung zwei bis drei Monate nach der Salvarsaninjektion ungewöhnliche Erscheinungen an Rezidivformen — Neuritis optica, Iritis granulosa, Augenmuskellähmung, Labyrintherkrankungen — beobachtet worden; ob es sich dabei um eigenartige Luesrezidive oder um toxische Wirkungen des Präparates handelt, ob diese Erscheinungen, wie Buschke meint, darauf zurückzuführen sind, dafs Salvarsan eine schädliche „neurotrope" Wirkung hat, indem es das Nervensystem für Rezidive disponiert macht, ist vorerst nicht zu entscheiden. Jedenfalls bekämpft man diese unliebsame Form der Rezidive am besten dadurch, dafs man die Injektion nach vier bis acht Wochen wiederholt und dadurch das Rezidiv nach Möglichkeit überhaupt unterdrückt. Dafs einmalige Behandlung mit Salvarsan zur definitiven Ausheilung nicht ausreicht, ist an sich die Regel; das Prinzip der intermittierenden Behandlung ist auch auf die Salvarsantherapie auszudehnen: selbst nach scheinbar vollkommenem Erfolge mufs die Injektion wiederholt werden, ohne Rücksicht auf den Ausfall der Wassermannschen Probe. Unter den verschiedenen Injektionsmethoden gibt M. der intravenösen entschieden den Vorzug; fast ebensowenig Beschwerden wie die intravenöse Injektion verursacht die Einspritzung der öligen Emulsion. — Den Wert des Salvarsans für die innere Medizin schätzt M. sehr hoch ein; es ist nach seinen Erfahrungen bei den syphilitischen Erkrankungen, die der Internist gewöhnlich zu sehen bekommt, bei luetischem Ikterus

den Gummen aller inneren Organe, Periostitis, Arthritis spezifica, Hirnlues, ein hervorragendes Mittel, das dem Quecksilber zum mindesten in der Einfachheit der Anwendung und in der Schnelligkeit der Wirkung überlegen ist. Auch bei Tabes und bei Paralyse ist nach M.s Überzeugung ein Versuch mit Salvarsan durchaus angezeigt. *Götz-München.*

Über Ikterus nach Salvarsan, von E. Klausner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) Bei vier mit intramuskulären Salvarsaninjektionen behandelten Kranken hat Verfasser einen mehr oder weniger intensiven Ikterus als Folgeerscheinung auftreten sehen. Der eine Fall war insofern besonders zu berücksichtigen, als die Gelbsucht erst 14 Tage nach erfolgter Behandlung sich einstellte, während bei den drei anderen Kranken sich die ikterischen Erscheinungen schon am folgenden resp. am zweitfolgenden Tage den bekannten sonstigen allgemeinen und gastrischen Störungen anschlossen. Verfasser verweist auf seine früheren Beobachtungen über Erythrozytenzerfall und Neubildung nach Salvarsanbehandlung und folgert, dafs diesem Präparat jedenfalls nicht blofs eine spirillotrope, sondern auch eine organotrope Wirksamkeit eigen ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Peronëuslähmung nach subkutaner Salvarsaninjektion in die Schulterblattgegend, von Georg Walterhöfter-Berlin. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 4.) Die Bewegungsstörungen traten 8 bis 12 Tage nach der Injektion auf. Die Peronëuslähmung ist total, wird aber günstig beurteilt. Verfasser lehnt die Depotbehandlung mit Salvarsan ab und betrachtet seinen Fall als Beitrag zur neurotoxischen Wirkung des Salvarsans. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall tödlicher Arsenikvergiftung bei Behandlung von Gehirnsyphilis (Dementia paretica) mit Salvarsan, von Axel Jorgensen-Kopenhagen. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 10.) Der 40jährige Patient, welcher zweimal eine Apoplexie erlitten hatte, starb sieben Tage nach intramuskulärer Injektion von 0,5 Salvarsan unter allmählich zunehmenden Erscheinungen von Blässe, Schweifskrisen, Tremor und fibrillären Zuckungen; er war völlig kraftlos und der Harn zeigte aufser Zuckergehalt alle Zeichen der akuten Nephritis. Die Sektion ergab leichte, akute, parenchymatöse Veränderungen der Organe, besonders der Nieren, und Fettdegeneration einzelner Fäden der Nn. vagi. Er folgert hieraus eine akute Arsenvergiftung.

Übrigens existieren nach Ansicht des Verfassers zurzeit wohl schon mehr Todesfälle nach Salvarsan, als publiziert sind. So wurde ein Todesfall post injectionem bei einem Paralytiker im Danziger Ärzteverein mitgeteilt. Ein Fall von Paraplegie der unteren Extremitäten einige Tage nach aufserhalb ausgeführter intravenöser Infusion, welches einen älteren Kollegen betraf, ist zu seiner Verwunderung ebenfalls noch nicht in der Fachliteratur aufzufinden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Salvarsan gegen syphilitische Augenleiden, von Emil v. Grósz - Budapest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Salvarsan ist nach den Erfahrungen Gs. für den Nervus opticus unschädlich; die Verschlimmerung eines schon bestehenden Augenleidens durch das Mittel ist nicht zu befürchten. Atrophia nervi optici simplex wird durch Salvarsan nicht gebessert, bildet aber auch keine Kontraindikation gegen seine Anwendung. Eine günstige Heilwirkung ist zu erwarten in den Fällen von Iritis luetica, Chorioretinitis luetica und direkt luetischen Augenmuskellähmungen, auch die Keratitis parenchymatosa wird zuweilen günstig beeinflufst.

Götz-München.

Ein weiterer Fall von Augenmuskellähmung nach Salvarsan, von Carl Stern-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Bei einem Manne, der sich vor ungefähr 1³/₄ Jahren syphilitisch infiziert hatte, wurde auf eigenen Wunsch 0,5 Salvarsan subcutan injiziert, obwohl die Wassermannsche Reaktion negativ war

und syphilitische Manifestationen nicht bestanden. Nach sechs Wochen wurde im Harn Arsen nachgewiesen, neun Wochen nach der Injektion erwies sich die WASSERMANNsche Probe wieder als negativ. Wenige Tage später wurde am linken Auge eine Parese des Musculus obliquus superior und eine ganz leichte Schwäche des Musculus abducens sowie eine Veränderung der Sehnerven, besonders rechts, nachgewiesen. St. hält es für zweifellos, dafs es sich hier um eine Salvarsanwirkung handelte. Möglicherweise läfst sich das Auftreten von Augenmuskellähmungen nach Salvarsanbehandlung durch intravenöse Einverleibung des Mittels vermeiden, weil bei dieser das Arsen rasch wieder ausgeschieden wird; jedenfalls soll die subcutane und intramuskuläre Applikation mit ihrer Depotbildung auf diejenigen Fälle beschränkt werden, die sich für die intravenöse Injektion nicht eignen, das sind die sehr fettreichen Individuen.

Götz-München.

Salvarsanbehandlung und Neuritis optica, von F. SCHANZ-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Im Anschlufs an seine früheren Mitteilungen zu diesem Thema berichtet Verfasser hier über zwei Syphiliskranke, bei denen nach der Verabreichung von Salvarsan sich nachträglich Entzündungen am Sehnerv entwickelten und alsdann bei nochmaliger Injektion des Mittels wieder sich vollständig oder fast vollständig zurückbildeten. Bei dem einen Patienten war zuerst 0,5 endovenös und später 0,25 subcutan injiziert worden; nach dem Auftreten der Augenaffektion erhielt er 0,35 endovenös und ebensoviel subskapulär, und schliefslich der Sicherheit wegen nach Beseitigung der Augenbeschwerden 0,4 endovenös. Bei dem anderen Fall, eine 32jährige Frau, war zunächst 0,5 intraglutäal gegeben worden; nach dem Auftreten der Augenstörung erhielt sie 0,6 in gleicher Weise appliziert. Verfasser ist fest überzeugt, dafs die Salvarsanbehandlung keine Neuritis optica erzeugt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Opticusreizung nach intravenöser Salvarsaninjektion, von JANSEN-Kassel. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 13.) Bei einem Patienten mit Tabes incipiens trat vier Stunden nach der Injektion ein allmählich sich steigerndes heftiges Flimmern vor den Augen auf, das nach drei Stunden allmählich wieder verschwand; Augenhintergrund vor- und nachher normal. Verfasser fafst die Erscheinungen als vorübergehende Reizung des Opticus auf.

Arthur Schucht-Danzig.

Klinische und experimentelle Beobachtungen über das Verhalten des Salvarsans zur Hornhaut, von LÖHLEIN-Greifswald. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 16.) Die Beobachtungen, welche Verfasser an neun Fällen von Keratitis parenchymatosa bei hereditär luetischen Patienten in der Greifswalder Augenklinik angestellt hat, lassen keine besonders günstige Wirkung des Salvarsans bei diesem Leiden erkennen. Die Prozesse verliefen nur zum Teil günstig; in einigen Fällen war ein Stationärbleiben zu konstatieren, und bei zwei Kranken wurde das vorher gesund gebliebene andere Auge während der Behandlung auch noch ergriffen. Die Injektionen waren intraglutäal und in nicht zu kleinen Dosen verabreicht worden. Bei zwei Kranken wurde auch versuchsweise das Mittel subkonjunktival injiziert, aber ebenfalls ohne ausgesprochene Wirkung. Dafs ein Eindringen des Medikamentes in die erkrankte Cornea tatsächlich stattfindet oder wenigstens stattfinden kann, beweist Verfasser durch einige Experimente an Kaninchen, denen er Salvarsan in entsprechender Dosis einspritzte, und an denen er das Vorhandensein von Arsen in der Hornhaut, wenigstens vorübergehend, etwa 20 Stunden lang feststellen konnte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über transitorische Fasererkrankung des Nervus vestibularis bei mit Salvarsan behandelten Kranken, von OSKAR BECK-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 50.) Bei diesen Fällen handelt es sich um retrolabyrinthären Sitz der Affektion,

die nicht den ganzen Nervus octavus, sondern nur den Ramus vestibularis isoliert betrifft. Die Symptome einer akuten Labyrinthausschaltung sind: totale Taubheit, schwere Störungen im Körpergleichgewicht, intensiver Drehschwindel und kräftiger Nystagmus. Beim Symptomenkomplex der Erkrankung des Ramus vestibularis fehlt von den angeführten Symptomen nur die Taubheit. Die Kasuistik der isolierten Vestibulariserkrankung ist verschwindend klein, bis jetzt nach Salvarsaninjektion häufigere Fälle beobachtet werden. Drei dieser Fälle fafst Verfasser als HERXHEIMERsche Reaktion im Oktavusgebiet auf. *Arthur Schucht-Danzig.*

Anwendung und Wirkung von Salvarsan. Vortrag gehalten am 8. Dezember 1910 im ärztlichen Fortbildungskurse in Frankfurt a. M., von P. EHRLICH. (Nach *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) FINGER und andere Autoren haben bei Syphilitikern, die mit Salvarsan behandelt worden waren, krankhafte Symptome am Acusticus beobachtet; es hat sich dabei nach E.s Ansicht nicht um Vergiftungserscheinungen durch Salvarsan, sondern um syphilitische Neuerkrankungen gehandelt. Die Entstehung solcher Affektionen bald nach der Injektion ist erklärlich, da das Mittel Spirochäten an blutgefäfsarmen oder blutgefäfslosen Stellen, z. B. an nekrotischen Partien, an Nerven, besonders an Durchtrittsstellen von Nerven durch die Schädelknochen, aber wegen der mangelhaften Blutversorgung der betreffenden Stellen nicht in genügender Menge erreicht. — Im Frühstadium der Sekundärperiode, d. i. zwei bis acht Monate nach Beginn der Erkrankung soll entweder sehr energisch oder gar nicht mit Salvarsan behandelt werden. Gefährlich und deshalb zu vermeiden ist Salvarsan bei Syphilitikern mit ausgedehnten Erkrankungen des Zentralnervensystems oder mit nicht vollkommen kompensierten Herzaffektionen. — Wenn Salvarsan aufser Syphilis auch Rekurrens, Hühner- und Gänsespirillose usw. heilt, dann mufs es Spirochäten spezifisch abtöten. Die nach Anwendung des Mittels aufgetretenen Rezidive sind auf ungenügende Intensität der Behandlung zurückzuführen; Dosen von 0,4—0,5 sind wenigstens in schwer beeinflufsbaren Fällen, besonders wenn die Resorptionsverhältnisse wie bei intramuskulärer Applikation ungünstig sind, nicht ausreichend. Die Emulsion hält E. für die unzweckmäfsigste Anwendungsform, der subcutanen Einverleibung widerrät er. Das beste ist die intravenöse Injektion, die, weil sie kein Depot hinterläfst, jederzeit wiederholt werden kann. *Götz-München.*

Ein Fall eines Hörnervleidens nach einer Injektion von Salvarsan, von K. M. SUGÁR-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1911. Nr. 6.) Verfasser untersuchte einen 22jährigen jungen Mann vor und nach der Injektion. Er machte die Wahrnehmung, dafs sich nach Benutzung des Salversans die Ohrerscheinungen anhäufen. Deshalb ist in Fällen von Ohrsklerose die Anwendung dieses nicht gleichgültigen Mittels kontraindiziert. Auch nach den Daten der Literatur findet dies eine Bestätigung.

Porosz-Budapest.

Salvarsan und das Hörorgan, von ED. POGANY-Budapest. (*Gyógyászat.* 1911. Nr. 10.) POGANY fafst seine Erfahrungen im folgenden zusammen: 1. Seit der Einführung der neuen Behandlung sind die luetischen Ohrerkrankungen auffallend geworden. 2. Während früher zur Zeit der Quecksilber- und Jodkuren luetische Ohrleiden nur in einem sehr kleinen Prozentsatze der Fälle gefunden wurden, sind sie jetzt nach der Salvarsanbehandlung gestiegen. 3. Luetische Labyrintherkrankungen wurden nach der Salvarsanbehandlung nicht besser, sondern schlimmer. 4. Luetische Mittelohrerkrankungen sind bei gesundem Labyrinth besser geworden. 5. Das schon ohnehin kranke Labyrinth figuriert als Locus minoris resistentiae und ermahnt als solcher zu besonderer Vorsicht. Heute läfst sich noch nicht entschieden Stellung dafür einnehmen, ob Salvarsan oder Lues die Labyrintherkrankung hervorruft. Die Tatsachen sprechen für die schädlichen Wirkungen des Salvarsans. Solange keine

Gewifsheit vorhanden ist, ist Vorsicht geboten. Diese Vorsicht sieht Verfasser: 1. Im Falle von luetischen Labyrintherkrankungen soll Salvarsan nicht angewendet werden, sondern die alten erprobten Heilmittel. 2. Vor jeder Injektion soll man das Ohr, namentlich das Labyrinth und den N. acusticus untersuchen. Wenn diese gesund sind, kann die Therapie vorgenommen werden. 3. In Fällen von verkürzter Knochenleitung, verminderter Perzeption der hohen Töne und flau reagierendem Labyrinth soll Salvarsan nicht angewendet werden. *Porosz-Budapest.*

Über das Vorkommen von Erkrankungen des inneren Ohres in frühen Stadien der Syphilis. Ein Beitrag zur Frage der Salvarsanwirkungen, von Hugo-Frey-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) F. widerlegt den Hinweis, dafs man in der Vorsalvarsanzeit im rezenten Stadium der Syphilis Läsionen des inneren Ohres nicht oder fast nicht gekannt hätte, durch die Zusammenstellung einer reichhaltigen Literatur und fügt dem die Äufserungen Rosensteins hinzu: „Die syphilitischen Erkrankungen des Hörnervs sind viel häufiger, als bisher angenommen wurde. Ein sehr grofser Teil der Fälle von Acusticussyphilis ist bislang unbekannt geblieben. Dies fand einerseits seinen Grund in der geringen Beachtung, die dem Hörnerv immer noch geschenkt wird. Bei der bisher geübten Methode, das Ohr nur im Falle grober Hörstörung zu untersuchen, mufste ein grofser Teil der Fälle von syphilitischer Erkrankungen des Acusticus der Beobachtung um so sicherer entgehen, als die luetische Neuritis acustica nicht nur nicht zu bedeutenderen Beschwerden zu führen braucht, sondern sogar ohne jedes subjektive Symptom bestehen kann.“

W. Lehmann-Stettin.

Salvarsan bei Krankheiten des Augenhintergrundes, von M. Falta-Szeged. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1911. Nr. 10.) Die bei den Leiden des Augenhintergrundes erzielten Erfolge sind im allgemeinen nicht sehr aufmunternde und Verfasser kann nur über negative Erfolge referieren. Seine Fälle sind folgende: 1. Eine 42jährige Frau wurde vor zwei Jahren wegen Lues mit Schmierkuren behandelt. Seit fünf Monaten nahm ihr Sehvermögen ab, in jüngster Zeit so rapid, dafs sie Menschen kaum erkennt. Auf beide Augen hatte sie Neuroretenitis. Mit beiden Augen sieht sie 3 m weit mit einem 4,5 D. Convexglas $^5/_{60}$. Die Gesichtsfelder sind eingeengt. In beiden Augen ein kleineres, zentrales und ein abgesondertes, etwas gröfseres parazentrales relatives Skotoma. Urin ist eiweifs- und zuckerfrei. Wassermann positiv. Am fünften Tage nach der Injektion ist das Allgemeinbefinden ganz gut. Zwei Tage nach der Injektion sieht Patientin subjektiv schlechter, aber objektiv konnte keine Verschlimmerung nachgewiesen werden. Fünf Wochen später stieg der Visus auf $^5/_{36}$ mit konvexem 4,5 D. Glas. Auf dem linken Auge konnte nur das parazentrale Skotom nachgewiesen werden, aber das Sehvermögen ist auf beiden Augen unverändert, so auch das Augenhintergrundbild. Sechs Wochen später ging Verfasser zur Quecksilberkur über. Vier Wochen später: Auf beiden Augen sieht sie $^5/_{20}$. Die zentralen Skotome sind verschwunden. Auf dem Augenhintergrunde sind objektive Veränderungen kaum nachzuweisen. 2. Ein 17jähriger Schneidergehilfe wurde fünf Wochen vor seiner Aufnahme infiziert. Das syphilitische Ulcus heilte nach lokaler Quecksilberbehandlung. Vor drei Tagen nahm er wahr, dafs er mit dem linken Auge schlecht sieht. Hochgradige Neurochorioretinitis wurde auf dem linken Auge konstatiert. Das rechte Auge war ganz gesund. Visus $^5/_5$ auf dem rechten Auge, auf dem linken liest er nur 1 m $^5/_{60}$. Am dritten Tage dieselbe Erscheinung auf dem rechten Auge. Urin eiweifs- und zuckerfrei: zehn Tage später Salvarsaninjektion in 0,5 Dose. Am nächsten Tage meldet Patient subjektive Gesichtsbesserung, objektiv war das aber nicht nachzuweisen. Fünf Tage später wurden die chorioretinalen, exsudativen Herde noch in gröfserer Zahl gefunden. Visus des linken Auges = 0, das rechte Auge ist unver-

ändert. Zehn Tage später verschlimmert sich der Visus. Vier Wochen später ging Verfasser zur Quecksilber-Jodbehandlung über. Der Visus des rechten Auges besserte sich nachher rapid. Visus des rechten Auges $^5/_{12}$, auch auf dem Augenhintergrunde wurde eine wesentliche Besserung konstatiert, der Visus des linken Auges blieb unverändert schlecht. Das Krankheitsbild auf dem Augenhintergrund hat von seinem schweren Zustande wesentlich nachgelassen. Bei ähnlicher Erkrankung sieht Verfasser nunmehr von der Salvarsanbehandlung ab. Solche offenkundig luetischen Augenleiden, wenn sie nur nicht zur Atrophie geführt haben, sind immer dankbarer Gegenstand spezifischer Behandlung. Nach energischer Quecksilber- und Jodbehandlung erreichte Verfasser beinahe in allen Fällen vollkommene Heilung. Höchstens am Ende der vierten Woche pflegt die Besserung einzutreten. Nach Salvarsaninjektion gingen Verfassers Erwartungen nicht in Erfüllung. Er untersuchte die Augen vieler Individuen vor der Injektion. Wo gesunde Verhältnisse vorgefunden wurden, ist in keinem einzigen Falle den Augen durch die Injektion ein Schaden zugefügt worden. Salvarsan ist demnach für das gesunde Auge unschädlich. Doch kann das nicht behauptet werden, wenn das Auge nicht gesund ist, namentlich wenn der Opticus irritiert ist. Im zweiten Falle verschlimmerte sich der Visus nach der Injektion, es entstanden immer neue exsudative Stellen. Dies kam bei Quecksilber-Jodbehandlung kein einziges Mal vor. In diesen zwei Fällen konnte wegen der vorhergegangenen Salvarsanbehandlung auch mit der Quecksilberbehandlung kein befriedigendes Resultat erzielt werden. Auch Finger erwähnt einen Fall, bei dem nach Salvarsaninjektion Neuritis enstanden ist, die sich nach einer neueren Injektion nicht gebessert hat. Auch nach Quecksilber-Jodbehandlung besserte sich der Zustand nicht, sogar auf dem zweiten Auge trat Neuritis auf. In einem andern Falle fand Finger nach der Injektion beginnende Sehnervenatrophie. Er fand auch nach der Injektion verschiedene Augenmuskellähmungen. Auch die bei den Erkrankungen der Cornea gemachten Erfahrungen sind nicht so günstig, dafs der Visus einer Gefahr ausgesetzt werden sollte. Wenn einzelne Verfasser auch über rasch geheilte Iritisfälle referieren, hat doch Falta in unzähligen Fällen die Erfahrung gemacht, dafs die bei luetischen Iritisfällen entstandenen unzähligen Fixierungen bei Quecksilberbehandlung in acht bis zehn Tagen vollkommen zurückgegangen waren. Wunderbare Erfolge bei luetischen Augenleiden hat er nicht gesehen. Er konnte bei Erkrankungen der Retina, der Chorioidea mit Salvarsan keine Heilwirkung konstatieren. Die pathologischen Veränderungen entwickelten sich noch weiter. Man kann im allgemeinen nicht als annehmbares Prinzip aufstellen, dafs Salvarsan den Sehnerv überhaupt nicht angreift. Dies kann man vielleicht nur vom gesunden Sehnerv sagen, aber nicht vom entzündeten. Bei den erwähnten Erkrankungen verliert man nur Zeit dadurch. Bei diesen kann eine um so vollkommenere Heilung erzielt werden, je früher man zur energischen spezifischen Behandlung greift.

Porosz-Budapest.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Bemerkungen über Psoriasis vom bakteriologischen Standpunkte aus, von A. D. S. Cooke-London. (*Lancet.* 26. November 1910.) Bei der bakteriologischen Untersuchung einer Serie von 20 Psoriasisfällen hat C. aufser einigen mit mehr oder weniger Regelmäfsigkeit vorhandenen anderen Mikroorganismen konstant einen kurzen plumpen Bacillus gefunden, der folgende Eigenschaften aufweist: derselbe hat eine Länge von 1,75 μ, liegt häufig paarweise beisammen, hat keine Eigenbewegung, färbt

sich leicht mit Anilinpräparaten und ist Gram-positiv; er wächst gut auf verschiedenen Nährmedien in aërober und fakultativ-anaërober Form. Nach 18 Stunden sieht man auf Agar eine weifse, glänzende Kultur entstehen, und in ähnlicher Weise auf Flemigscher Oleinsäure-Glycerin-Agar. Mit Bouillon sieht man nur ein langsames Wachstum und eine leichte allgemeine Trübung, und auf Neutralrot-Glukose-Agar bekommt man nach 18 Stunden eine dicke, etwas rahmige Kultur. Die anderen als häufigen Befund genannten Mikrobien waren: 1. Sehr grofse, in der Kultur als Staphylokokken oder auch in Tetragenusform sich anordnende Kokken; 2. andere nicht so grofse Kokken und 3. Kokken von der Art des Staphylococcus aureus und albus. Aufserdem fanden sich gelegentlich Gebilde von der Art der Hefezellen oder auch von der Art des Unnaschen Flaschenbacillus. — Weitere Mitteilungen sind in Aussicht gestellt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan und Psoriasis, von M. Serrano und E. Alvarez Sainz de Aja-Madrid. (*Rev. clin. de Madrid.* 1911. Nr. 6.) Bei einem hartnäckigen Fall von Psoriasis wurde 0,4 Salvarsan intravenös injiziert. Es trat schon innerhalb der ersten 24 Stunden eine abundante Desquamation aller psoriatischen Stellen auf, die bis zum fünften Tage anhielt. Dann blieb der Zustand einige Tage stationär und nach weiteren 14 Tagen war jegliche psoriatische Veränderung am Körper des Patienten geschwunden. Auch ein achtjähriges Kind wurde mit 0,15 Salvarsan in kurzer Zeit ohne Lokalbehandlung geheilt.

Gunsett-Strafsburg.

Parapsoriasis oder Syphilis, von Terebinski. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 8.) T. hat an der Pawlowschen Klinik zu Petersburg zwei Fälle von Parapsoriasis en gouttes beobachtet, von welchen er den einen Fall einer sehr genauen histologischen Untersuchung unterzogen hat, worüber er berichtet. Die Hauptveränderungen wurden durch ein, gröfstenteils aus Leukocyten (poly- wie mononukleare Zellen) zusammengesetztes Infiltrat gegeben, während um die Gefäfse sich keine entzündlichen Erscheinungen fanden und die Gefäfswände selbst normal waren. Klinisch erinnerte der Fall sehr an ein syphilitisches Exanthem von Roseolae elevatae, wozu noch Vergröfserungen der Lymphdrüsen kamen. Die Wassermannsche Reaktion war aber dauernd negativ und auch der klinische Verlauf entsprach nicht einer Syphilis. Von letzterer unterschied sich der Ausschlag durch ein lebhafteres Rot, wie durch die Leichtigkeit des Erhaltens einer Purpura.

Arthur Jordan-Moskau.

Erythrodermia desquamativa bei Brustsäuglingen, von L. Bauer-Budapest. (*Gyógyászat.* 1911. Nr. 5.) Bauer fafst seine Wahrnehmungen im folgenden zusammen: 1. Die Erythrodermia desquamativa ist eine seltene Erkrankung, die ausschliefslich bei Brustsäuglingen vorkommt. Die Zeit des Auftretens fällt zumeist auf die zweite oder dritte Woche des Lebens, aber kann sich auch am Ende des zweiten Monates entwickeln. 2. Nach den bisherigen Beobachtungen geurteilt, kann das Leiden nicht zu den Erkrankungen leichterer Natur gezählt werden, da etwa 30% der Fälle zugrunde gehen. 3. Die Ätiologie des Leidens ist in Dunkel gehüllt; aber angesichts der Erfahrung, dafs diese Dermatose mit der Verringerung des Fettgehaltes der Nahrung und mit der Steigerung der Kohlehydrate beeinflufst werden kann, ist Verfasser geneigt, die Ätiologie dieser Krankheit in der verminderten Fettoleranz, die in der kongenitalen Anomalie des Säuglings ihren Ursprung hat bzw. in der dadurch entstehenden Stoffwechselstörung zu suchen. 4. Die Behandlung besteht — in leichteren Fällen — in der strengen Regelung der Ernährung, in der Verabreichung einer eventuell mit partieller Ablaktation verbundenen fettarmen und kohlehydratreichen Nahrung. In schwereren Fällen kann eine Besserung durch möglichst frühzeitig erfolgende vollkommene Veränderung der Säuglingsnahrung erwartet werden.

Porosz-Budapest.

Dermatitis seborrhoica, von J. PH. KANOKY und R. L. SUTTON-Kansas City, Mo. (*Kansas City, Med. Index-Lancet.* April 1910.) Eine Reihe Rezepte, die sich als wirksam, besonders für Affektionen des Kopfes erwiesen haben; darunter die folgenden:

Sublimat	0,3—0,8 g	*Sublimat*	0,4—0,8 g
Euresol	8 ccm	*Resorcin*	4 g
Ameisensäurespiritus	30 ccm	*Aether*	12 ccm
Ol. Ricini	0,5—2,0 ccm	*Alcohol.*	30 ccm
Alcohol. ad	200 ccm	*Bay rum*	100 ccm
		Aq. ros. ad	200 ccm.

S. Umschütteln, in die Kopfhaut massieren. S. Auf die Kopfhaut auftragen.

W. Lehmann-Stettin.

Ist die Landkartenzunge erblich? Von W. LUBLINSKI - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Die Landkartenzunge ist nach L.s Erfahrungen, die sich auf mehr als 50 Fälle erstrecken, stets eine hereditäre, familiär auftretende Erscheinung. Ihr Verlauf ist therapeutisch nicht zu beeinflussen, von der Anwendung ätzender und adstringierender Mittel, wie Chromsäure, Jodtinktur, Schwefel usw. ist direkt zu warnen, weil dadurch eine Entzündung der Schleimhaut hervorgerufen werden kann, man wird höchstens Spülungen mit leichten alkalischen Wässern oder allenfalls mit dünnen Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd, besonders nach den Mahlzeiten, vornehmen lassen; bei den Erwachsenen ist der Tabak- und Alkoholgenufs einzuschränken.

Götz-München.

Die Haar- oder schwarze Zunge, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (*Journ. amer. med. Assoc.* Bd. 55, Nr. 25.) Dem ausführlichen Literaturverzeichnis fügt H. zwei neue Fälle eigener Beobachtung hinzu. *Schourp-Danzig.*

Über Dermatitis fibrinosa faciei, von E. MORO - München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Als cutanes Analogon zu den Aphthen der Mundschleimhaut schildert Verfasser gewisse von ihm mehrfach beobachtete kleine Läsionen, welche ihren Sitz vorzugsweise am Kinn, aber auch an der Oberlippe, am Naseneingang und ausnahmsweise auch an der Wange haben. Es sind hirsekorngrofse, oder gelegentlich ein wenig gröfsere, meist kreisrunde, von einem schmalen, 1 mm breiten Entzündungshofe umgebene Scheiben mit einem gelblich weifsen, speckigen Belag. Beim Versuche, denselben mit der Pinzette abzuziehen, entstehen leicht Blutungen. Unterm Mikroskop präsentiert sich diese Masse als Fibrin mit nur wenig Leukocyten besetzt. Mehr als drei bis vier solcher Effloreszenzen sieht man selten oder nie auf einmal. Sie heilen ohne Narbenbildung ab. Bakteriologisch sind dabei grofse ovale Diplokokken zu finden von der gleichen Art wie bei Mundaphthen. Es handelt sich demnach um Hautaphthen, und man kann bei ihrem Vorhandensein bestimmt erwarten, auch die entsprechenden Läsionen im Munde vorzufinden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pilzerkrankungen der Fingernägel, von R. CRANSTON LOW. (*Edinb. med. Journ.* 1911. S. 121.) Bericht über 19 Fälle parasitärer Nagelerkrankungen. 16 waren durch Herpes tonsurans verursacht, welcher fast durchwegs Frauen im Alter von 20 bis 30 Jahren befiel. Die Infektionsquelle war nur in wenigen Fällen sicher festzustellen und bestand meistens in einer Kopf- oder Barthaaraffektion eines Verwandten, die Dauer des Leidens betrug durchschnittlich vier Jahre. Die Diagnose wurde mikroskopisch und kulturell festgestellt, doch war sie schon auf makroskopischem Wege möglich durch die Veränderungen der Nägel, die je nach der Dauer der Krankheit drei verschiedene Zonen erkennen liefsen. Therapeutisch wurden verschiedene Methoden angewendet.

Zwei Fälle waren durch Favus bedingt, wobei die Nägel mehr gelb gefärbt sind.

In einem Falle wurde mikroskopisch und kulturell ein Pilz festgestellt, den der Verfasser nicht zu identifizieren vermag. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Drei Fälle von Übertragung des Herpes tonsurans vom Haustier auf den Menschen, Vorschläge zur Verhütung einer solchen, von RICHARD SIEBER-Schokken. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1911. Nr. 7.) Die Infektion ging von Kühen aus. S. verlangt, dafs Viehfütterer, Melkerinnen u. dgl. Personen ihre Hände und Arme peinlich sauber halten und öfters mit Spiritus einreiben sollen, um das Festhaften der Krankheitserreger zu verhüten. *Schourp-Danzig.*

Über Sporotrichose (experimentelles, subcutanes Sporotrichom beim Affen; verbesserte Färbung der Pilze im Schnitt), von E. HOFFMANN-Halle (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.) Sitzungsbericht des Vereins der Ärzte in Halle a. d. S., Sitzung vom 15. Dezember 1909.) Die von DE BEURMANN in Frankreich speziell studierte Sporotrichose täuscht an der Haut einesteils Tuberkulose, anderenteils Syphilis vor. Sie kommt hierbei in zwei Formen vor, als systematische Lymphangitis und ferner, was das häufigere ist, als regellos verteilte Knoten, welche subcutane Gummen vortäuschen. Zur Bekämpfung des Leidens dient in erster Linie das Jodkalium. Zur Stellung der Diagnose ist die Züchtung des Sporotrichom nötig. Dies geschieht, wie im Laboratorium von H. durch dessen Assistent BLUMENTHAL nachgewiesen wurde, durch Vermischung von Eiter aus den Herden mit Maltosebouillon auf dem Objektträger und Bedecken unter Einschlufs von Luftblasen mit dem Deckgläschen unter Wachsabschlufs. Die Pilzfäden wachsen dann in die Luftbläschen aus. Die Färbung geschieht am besten durch prolongierte (24—36 Stunden) GRAM-WEIGERTsche Methode bei Warmstellung. Positive Impfversuche wurden aufser an Ratten und am Kater auch am Affen, bei diesem als subcutaner Knoten, ausgeführt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Sporotrichose mit multipler Lokalisation, hervorgerufen durch einen neuen Typus des Sporotrichon, von E. JEANSELME und P. CHEVALLIER. (*Presse méd. d'Egypte.* 1910. Nr. 18.) Ein 46jähriger Mann leidet seit etwa sieben Monaten an einer über die ganze Körperhaut verstreuten Aussaat verschieden grofser, derber, teils ulcerierter Knoten. Kleine Knötchen bestehen auf dem harten Gaumen und auf der Zunge. Die Knochen, die Gelenke, Hoden und Nebenhoden sind ebenfalls Sitz zahlreicher Knoten. Es besteht rechtsseitige Iritis. Obwohl schon klinisch Tuberkulose und Syphilis ausgeschlossen werden konnten, wurde die Diagnose Sporotrichose noch durch negativen WASSERMANN und positive Sporoagglutination bestätigt. Die Infektionsquelle liegt wahrscheinlich im Berufe des Patienten (Erdarbeiter, Lumpensammler), die Eintrittsstelle ist ein langjähriges, vernachlässigtes Unterschenkelgeschwür. Die erste Lokalisation dürfte das rechte Knie gewesen sein. Dieses war vor zwei Jahren plötzlich ohne starke Schmerzen rapid angeschwollen, so dafs die Amputation am Oberschenkel vorgenommen worden war. Durch Joddarreichung heilten die Erscheinungen ab.

Aus dem Eiter der Gummen wurde ein Sporotrichon gezüchtet, das morphologisch und kulturell etwas von den bekannten Sporotrichonarten abweicht.

Richard Frühwald-Leipzig.

Vergleich zwischen Sporotrichon JEANSELMI und verwandten Arten, von DE BEURMANN und GOUGEROT. (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpit. de Paris.* 23. Dez. 1910.) Die durch Sporotrichon JEANSELMI und Sporotrichon BEURMANNI hervorgerufenen Läsionen unterscheiden sich weder klinisch noch histologisch voneinander. Experimentell sind die beiden Sporotrichonarten ebenfalls nicht zu differenzieren. Nur kulturell ergeben sich Abweichungen. Verfasser glauben, dafs Sporotrichon JEANSELMI nur ein modifizierter Abkömmling des Sporotrichon BEURMANNI ist, jedoch soweit verändert, dafs seine Abgrenzung von letzterem notwendig ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Sporotrichosis beim Menschen und beim Pferde, von RICHARD L. SUTTON-Kansas City. (*Boston med. and surg. Journ.* Febr. 1911.) Die Erkrankung des 44jährigen Landmannes, die durch Kulturen sichergestellt wurde, schien vom Pferde übertragen zu sein. *W. Lehmann-Stettin.*

Sporotrichose, von BONNET. (*Lyon méd.* 1911. S. 114.) 77jährige Patientin, bei der vor $1^1/_2$ Jahren das Leiden mit kleinen Abscessen an den Knien begonnen hatte, die sich allmählich auf die Unterextremitäten ausbreiteten. Diagnose kulturell sichergestellt, Heilung durch Jodkalium.

DOR berichtet über Lokalisation der Sporotrichose an der Cornea und der Conjunctiva. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über eine Soormykose der Haut im frühen Säuglingsalter, von J. IBRAHIM-München. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 55, Heft 1 u. 2.) Bei mehreren Kindern der ersten Lebenswochen konnte I. im eitrigen Inhalt von Bläschen, welche in der Umgebung der Genitalien gelegen waren, meist bei gleichzeitig bestehender Intertrigo, die Anwesenheit des Soorpilzes feststellen. Der Nachweis wurde kulturell geführt, in einem Falle auch durch direkte mikroskopische Untersuchung des Blaseninhaltes. Der Verfasser vermutet, dafs die Soormykose der Haut vielleicht regelmäfsig entsteht, wo die drei ätiologischen Faktoren der Soorinfektion, schlechte Pflege und Neigung zu intertriginösen bzw. ekzematösen Hauterkrankungen bei einem Neugeborenen mit besonders zarter Haut zusammentreffen. *Schourp-Danzig.*

Erythema mycoticum infantile, von S. BECK-Budapest. (*Bör - és Bujahörtan.* 1911. Nr. 1. Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1911.) BECK fafst seine Untersuchungen in folgendem zusammen: 1. Bei Säuglingen kann in den ersten Lebenswochen ein mit Schuppung verbundenes Erythem auftreten, das ebenso wie das gewöhnliche Erythema glutaeale sich nach allen Richtungen verbreiten kann, aber in keinerlei Zusammenhang mit Störungen der Magen- und Darmfunktionen steht und vermöge der klinischen Eigentümlichkeiten von letztern scharf getrennt werden mufs. 2. Dieses Erythema ist aller Wahrscheinlichkeit nach mit der JACQUETschen Dermitis erythematosquamosa identisch und wird durch einen Pilz hervorgerufen, dessen charakteristische Eigenschaften noch nicht nach allen Richtungen aufgeklärt sind, der aber in morphologischer Hinsicht einerseits dem durch KÜSTER gezüchteten Pilz der JACOBIschen „Badetrichophytiasis“, anderenteils dem Oidium albicans ähnlich ist. *Porosz-Budapest.*

Die Behandlung des Ekzems, von HAHN-Breslau. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 45.) Bringt nichts wesentlich Neues. *Haas-Hamburg.*

Die Behandlung des Säuglingsekzems, von GALEWSKY-Dresden. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 47.) Die Ursache vieler Säuglingsekzeme ist die exsudative Diathese CZERNYS, zu deren Symptomenkomplex vor allem die Überempfindlichkeit der Haut, systematische Schwellung des lymphatischen Gewebes, Schnupfen, Asthma, Pharyngitiden, Landkartenzunge, zirkuläre Zahnkaries u. a. gehören. Mit Rückgang der exsudativen Diathese durch Einflufs der Ernährung, Vermeidung jeder Mästung, psychische Behandlung usw. kann Rückgang der Ekzemerscheinungen erfolgen. Verfasser glaubt nicht an ein Bestehen von Säuglingsskrophulose, sondern nur an eine exsudative Diathese, die den geeigneten Boden bildet, auf dem sich die Tuberkulose nach dem Säuglingsalter entwickelt.

Aufser in der Diathese liegt die Ursache des Säuglingsekzems oft in der chemischen Zusammensetzung der Kost, insbesondere ist nach FINKELSTEIN von einer Verminderung der Molkensalze eine Wirkung zu erwarten. Verfasser sah mit „FINKELSTEIN-Kost“ nur eine Besserung, aber keine Heilung, erzielte aber häufig Besserung mit Kuhmolke, also fettarmer, aber salzreicher Kost.

Eine gewisse Rolle spielt die Heredität.

Die Behandlung zerfällt in eine allgemeine und eine lokale. Die Nahrung ist zu vermindern (Mischmengen 500—800 g pro die); dafür kann das Fett durch Kohlehydrate, Schleimsuppen ersetzt werden. Vom vierten bis sechsten Monat ab ist Milch noch mehr durch Suppen und Gemüse zu ersetzen. Lokal werden Bäder, Lenigallol-, Tumenolpasten u. a. empfohlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ekzema capitis, von T. R. Atkinson. (*Brit. med. Journ.* 1911. 14. Jan.) Bei einem 12jährigen Mädchen erzielte Verfasser nach mehr als einjährigem, vergeblichem Bemühen Heilung binnen drei Wochen durch Anwendung von R. Acid. salicylic. 4,0, Ol. Eucalypti. 28,0, Ol. Olivar. 148,0. Hiermit wurde das erkrankte Gebiet wöchentlich zweimal eingerieben. In Salbenform war Salizylsäure zuvor ohne Erfolg angewandt worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Pathologie und Therapie des Pemphigus vulgaris, von O. v. Petersen. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Für die Annahme, dafs die Ursache des Pemphigus in Veränderungen des Zentralnervensystems liege, sprechen folgende Momente: Die Alteration des temperaturregulierenden Zentrums, die sich in oft Jahre dauerndem Fieber, das von Blaseneruptionen unabhängig ist, kundgibt, und das Auftreten von Zucker im Harne. Die Therapie ist rein symptomatisch. Nur einmal hat Verfasser von einer wochenlangen Secalekur Erfolg gesehen. Am besten haben sich Verbände mit 5% Xerophormpaste bei täglicher Abtragung der Blasen bewährt. Das Dauerbad ist zu widerraten. Bericht über drei geheilte Fälle.
Richard Frühwald-Leipzig.

Ätiologische Untersuchungen über den Pemphigus der Tropengegenden, von Prof. E. Bertarelli - Parma und U. Paranhos - St. Paulo. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 57. H. 6.) Verfasser betrachten, wenn auch mit einem gewissen Vorbehalt, den Tropenpemphigus als eine selbständige, klinisch deutlich charakterisierte Krankheitsform, wobei die Bläschen oder Blasen ohne Reaktionserscheinungen von Seite der umgebenden Haut auftreten und keine Geschwüre und somit keine Narben erzeugen. Die Dermatose befällt nicht den ganzen Körper zu gleicher Zeit, sondern tritt schubweise auf, und bei jedem neuen Anfall erkranken Körperteile, welche bei den vorhergehenden Eruptionen verschont geblieben waren, jedoch in ziemlich rascher Weise, so dafs innerhalb sechs bis acht Tagen der ganze Körper ergriffen ist. Verfasser führten nun mit dem von einem derartigen, einem 22jährigen Portugiesen betreffenden Fall stammenden Material eine grofse Anzahl bakteriologischer Untersuchungen, Überimpfungen auf Tiere usw. aus, welche aber sämtlich negativ ausfielen; trotz der grofsen Schwierigkeit, den Pemphigus künstlich hervorzurufen und dessen parasitäre Natur auch nur auf induktivem Wege nachzuweisen, halten es B. und P. nicht für ausgeschlossen, dafs in der Zukunft solche Versuche, besonders in bezug auf die Übertragung auf Tiere, positiv ausfallen werden. *Stern-München.*

Salvarsan in der Behandlung des chronischen Pemphigus, von Richard L. Sutton-Kansas City. (*Boston Med. & Surg. Journ.* März 1911.) Der seit 1½ Jahren bestehende Pemphigus hatte bei dem 45jährigen Landmann in seiner Ausdehnung sehr gewechselt, hatte bisher die Schleimhaut noch nicht in Mitleidenschaft gezogen und hatte vorübergehende Besserung auf grofse Dosen Arsen gezeigt. Zwei Tage nach einer Injektion von 0,6 g Salvarsan waren alle subjektiven und objektiven Zeichen der Erkrankung geschwunden. Wieweit dies Resultat Bestand haben wird läfst sich noch nicht sagen. *W. Lehmann-Stettin.*

Sykosis, sogenannter „Barbier - Ausschlag“, von I. N. F. Fergusson - Great Malvern. (*Brit. med. Journ.* 1910. 8. Okt.) Kurze Notiz, in der Verfasser seine Ansicht ausspricht, dafs der Schwamm beim Rasierakte in der Friseurstube der Hauptträger der infizierenden Keime ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Impetigo contagiosa, durch Maschinenöl übertragen, von Otto V. Huffmann-Cincinnati. *(New York med. journ.* 1910. 31. Dez.) H. beobachtete an einer Anzahl Arbeiter, die mit dem gleichen Öl an einer Maschine tätig waren, einen Hautausschlag, der aus unregelmäfsig verteilten, entzündeten Papeln und Pusteln an Oberextremitäten, Gesicht und Nacken bestanden haben; während bei fünf Leuten dieser Ausschlag gleichmäfsig vorhanden war, entwickelte sich bei einem sechsten nur eine Eiterung am Daumen (Panaritium). Unter entsprechender Behandlung und Fernhaltung von der Arbeit trat in allen Fällen rasche Heilung ein, das schädliche, pyogene Keime enthaltende Öl wurde nicht mehr angewandt und seitdem keinerlei Klage über Haut- oder andere Erkrankungen mehr vernommen. *Stern-München.*

Der Aknebazillus — Bacillus acnes, von H. F. Hartwell und E. C. Streuter-Boston. *(Public. Massachusetts Gen. Hosp.* Bd. 3. 1910. Nr. 2. Okt.) Bei drei Fällen von Akne haben Verfasser neben dem Staphylococcus albus mit grofser Konstanz und in grofser Anzahl einen Mikroorganismus angetroffen, den sie für identisch mit dem von etlichen Forschern als Aknebazillus anerkannten Lebewesen erklären. Bei zwei der Patienten gelang die Züchtung auffallend leicht auf Glukose-Agar, wenn durch Entziehung des Sauerstoffs nach dem Wrightschen Verfahren anaërobe Verhältnisse geschaffen wurden. In Bouillon erhält man einen weifsen, flockigen Bodensatz und auf Glukose-Agar nach drei bis fünf Tagen grauweifse und durchsichtige Kolonien, Gram-Färbung fällt positiv aus. Die Arbeit ist durch vier Abbildungen vervollständigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Cutis.*

Die externe Anwendung von Magnesiumsulphat zur Behandlung des Erysipels, von B. N. H. Choksy-Bombay. *(Lancet.* 1911. 4. Febr.) Von anderer Seite (Tucker u. a.) sind dem Bittersalz weitere therapeutische Eigenschaften neben der laxierenden Wirkung vindiziert worden. So sind sehr günstige Erfolge berichtet von der Applikation einer konzentrierten Lösung als Verband bei Erysipel und phlegmonösen Entzündungen. Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen bei 65 derartigen Fällen das Mittel sehr dringlich. Man legt eine Kompresse von 10—15 Gazeschichten, die mit der gesättigten Lösung getränkt ist, auf das affizierte Gebiet und Umgebung und deckt mit Guttaperchapapier oder sonstigem impermeablem Material zu. So oft die Kompresse trocken wird, etwa alle zwei Stunden, wird wieder Lösung aufgegossen und wieder okklusiv verbunden. Allerdings hatte Verfasser eine Mortalität von 22%, doch scheint es sich bei seinem Material grofsenteils um Patienten gehandelt zu haben, welche gerade wegen der besonderen Schwere der Erkrankung ins Hospital übergeführt wurden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erfahrungen über die Behandlung des Erysipels mit Antidiphtherieserum, von Otto Polák-Böhm. Brod. (*Klin. ther. Wochenschr.* 1911. Nr. 17.) Nach Ansicht des Verfassers wirkt unter allen bisher bekannten therapeutischen Mitteln bei Erysipel die Injektion von Antidiphtherieserum am sichersten. *Schourp-Danzig.*

Zur Casuistik der metastatischen Leberabscesse nach Erysipel, von L. Stuckey. *(Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.) Von fünf Fällen mit metastatischen Leberabscessen waren vier, bei denen ein Erysipel vorausgegangen war. Diese endigten tödlich. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über die Pathogenese der Elephantiasis, von Define. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1910. H. 23.) In dem beschriebenen Fall kommen pathogenetisch zwei Faktoren in Betracht, 1. die Wirkung des Staphylococcus pyogeneus aureus, in geringem Grade des Streptococcus, 2. die Blutstauung infolge Mitralinsuffizienz. Der Infektionsherd war lokalisiert in kapillarem Lymphnetz, von wo die Verbreitung per

contiguitatem oder Metastase vor sich geht. Streptokokken fanden sich so spärlich, dafs man sie in diesem Falle nicht als spezifisches Agens betrachten kann.

Haas-Hamburg.

Drei Fälle von sporadischer Elephantiasis von der lymphatischen Form, von G. C. Shattuck-Boston. (*Publ. Massachusetts Gen. Hosp.* Bd. III, Nr. 2. Okt. 1910.) Bei allen diesen drei ausführlich geschilderten Fällen war eine Beteiligung von Filaria mit gröfster Bestimmtheit auszuschliefsen. Fall 1 betraf einen 29jährigen Mann mit starker Schwellung der rechten unteren Extremität. Auf Bettruhe und Injektionen von Fibrolysin erfolgte fast völlige Heilung. Fall 2: Ein 48jähriger Mann zeigt ausgesprochene harte ödematöse Schwellung beider Oberschenkel, des Skrotums und des Penis. In der Inguinalgegend fand man beiderseits geschwollene Drüsen und an der rechten Seite einen kleinen Tumor, der sich nach der Exstirpation als ein Rundzellensarkom auswies. Beim Fall 3, einen 21jährigen Studenten betreffend, handelte es sich auch um elephantiastische Schwellung an den Oberschenkeln und den Genitalien. Verfasser führt hierbei die Störung auf die operative Entfernung der inguinalen Lymphdrüsen zurück. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Extragenitaler weicher Schanker, von Eu. Fürész-Miskoloz. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 51.) Auf der linken Gesichtshälfte kronengrofse, mit gelblich-braunem Grind bedeckte Stelle. Eine ebensolche, aber etwas kleinere über dem Stirnbein auf der kahlen Kopfhaut und auf der linken Schläfe. Das Leiden wurde als Impetigo diagnostiziert. Mit Öl wurde der Grind entfernt und darauf Wachsparaffin-Borpaste gelegt. Zwei Tage später über dem rechten Schlüsselbein ein hellergrofses, unregelmäfsiges Ulcus, dem Bilde eines Ulcus molle vollkommen entsprechend. Die Genitalien sind vollkommen gesund. Im Schankereiter über dem Schlüsselbein typische Streptobazillen. Patient gestand, dafs er vor zehn Tagen cunnilinguiert hat. Den Kopf zwischen den Schenkeln der Frau lassend, schlief er ein. Nach üblicher Behandlung war Patient in zwei Wochen geheilt. *Porosz-Budapest.*

Über die Verimpfbarkeit des Ulcus venereum auf die Hornhaut, von Arturo Fontana-Turin. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 57, Heft 5.) In Fortsetzung früherer Versuche gelang es F., unter insgesamt 25 Inokulationen auf die Kaninchenhornhaut sieben positive Resultate zu erzielen, indem auf die Einimpfung eine Keratitis sich entwickelte, die teilweise mit Geschwürsbildung verbunden war. Positive Resultate wurden auch bei einem Versuche erzielt, wo das Virus des Ulcus molle 1. vom Menschen auf die Kaninchenhornhaut, 2. von hier auf den Menschen und 3. dann wieder auf die Hornhaut des Tieres überimpft wurde, also sich aktiv erhalten hat. Es scheint somit der Beweis geliefert zu sein, dafs das Virus des Ulcus molle auf die Kaninchenhornhaut verimpfbar ist, indem in derselben die Infektion zustande kommen und eine charakteristische eiterige Keratitis mit Bildung von Geschwüren erzeugen kann. *Stern-München.*

Die Behandlung des Ulcus molle phagedaenicum mit Pyocyanase, von Hatzfeld-Mainz. (*Ther. Monatshefte.* Nov. 1910.) Der Pyacyanase wird unter den Heilmitteln des Ulcus molle die erste Stelle zugesprochen und dieses Urteil an der Hand von Krankengeschichten begründet. Es ist dort wirksam, wo Ätzen mit Ac. carbol. liquef., Jodoform usw. versagt haben. Die Behandlung geschah durch Besprayen der Ulcera mittels des von Lingner modifizierten Sprayapparates und Verbinden der Ulcera mit steriler Gaze. Bubonen wurden nach Inzision mit pyocyanasegetränkten Gazestreifchen erst tamponiert, dann besprayt bis zur Heilung. Die Reinigung der Geschwüre erfolgte innerhalb weniger Tage. *Arthur Schucht-Danzig.*

Eigenartige Ursache schankerähnlicher Geschwüre, von Wm. J. Robinson-New York. (*Medical Record.* 17. Dez. 1910.) Ein Patient, der ein Jahr vor seiner

Verheiratung angeblich weichen Schanker gehabt hatte und vollkommen zur Heilung gelangt war, hat in den sechs Jahren seiner Verheiratung fast nach jedem Beischlaf neue „Geschwüre" bekommen, die stets leicht in fünf bis zehn Tagen heilten, aber immer rezidivierten. Genaue Untersuchung konnte keine UNNA-DUCREYschen Bazillen nachweisen, auch das Aussehen der sehr oberflächlichen Erosionen war nicht das von Ulcera mollia. Nach wiederholten „Rezidiven" gelangt es endlich, die Ehefrau zur Untersuchung zu bekommen; dabei stellte es sich heraus, dafs diese vor jedem Beischlaf sublimathaltige Vorbeugungstabletten gebraucht hatte. Nach Aussetzen derselben bekam der Gatte nie wieder „Schanker". *W. Lehmann-Stettin.*

Unsere gegenwärtigen Kenntnisse zur Ätiologie des Rhinoskleroms, von B. GALLI-VALERIO-Lausanne. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 57, Heft 6.) Verfasser kam bei seinen eingehenden, sowohl klinischen wie bakteriologischen Untersuchungen zu dem Ergebnisse, dafs der Bacillus rhinoscleromatis völlig identisch mit dem Bacillus pneumoniae und dem Bacillus ozaenae, dafs also das Rhinosklerom eine kontagiöse, auf der Wirkung dieses Bacillus beruhende Infektionskrankheit sei. Die Häufigkeit der atrophischen Rhinitis, welche von Prof. MERMOD und Verfasser in einer der Gegenden, wo das Rhinosklerom herrscht, beobachtet worden ist, läfst annehmen, dafs diese Affektion ein günstiges Terrain zur Entwicklung des Rhinoskleroms bildet. Aufserdem dürfte auch hierbei eine gewisse hereditäre Prädisposition eine Rolle spielen. GALLI-VALERIO glaubt, dafs sich das Rhinoskleroma ähnlich wie das sogenannte Botryomykom verhalte, bezüglich dessen er als erster nachgewiesen habe, dafs es keineswegs auf einen einzelnen spezifischen Mikroorganismus zurückzuführen sei, sondern sowohl der M. ascoformans, wie der M. pyogenes aureus je nach den speziellen lokalen Bedingungen Eiterung oder Bildung von Granulationsgewebe verursache.

Stern-München.

Einige Laboratoriumsnotizen über die Anwesenheit von Fetten und Lipoiden in Rhinosklerom-Affektionen und Verschiedenheiten in deren Bakteriologie, von JONATHAN WRIGHT und LAWRENCE WATSON STRONG-New York. (*New York med. Journ.* 18. März 1911.) Der wichtigste Punkt dieser chemisch-histologischen Untersuchungen ist, dafs im Rhinoskleromgewebe durch CIACCIOS Methode Neutralfett, Cholesterin und Lecithin nachweisbar ist und diese Fettbildung eine Folge intravitaler Degeneration des Zellprotoplasmas ist. Zum Unterschied von den Fett- und Lipoidanhäufungen, wie sie bei der Koagulationsnekrose syphilitischer und tuberkulöser Affektionen vorkommen, sind aber beim Rhinosklerom nur freie, im Bindegewebe liegende und nicht in ausgedehntem Mafse vorhandene Neutralfettgranula nachzuweisen. Von weiterem Interesse ist auch der „Seife"-Nachweis beim Rhinosklerom, also einem infektiösen Granuloma. Die Anwendung der Komplementfixation ergab bei den drei untersuchten Fällen von Rhinosklerom erhebliche Verschiedenheiten im Ausfall der Reaktion, die hierbei gewonnenen Resultate aber führten Verfasser andererseits zu dem Schlusse, dafs der Bacillus rhinoscleromatis oder der FRISCHsche Bacillus und der FRIEDLÄNDERsche im Gegensatz zur Ansicht von GOLDZIEHER und NEUBER identisch sind. *Stern-München.*

Salvarsan und Sklerom, von JOHANN FEIN-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Einem skleromkranken Ersatzreservisten wurde 0,56 g Salvarsan subcutan injiziert. Es trat keinerlei Veränderung des Leidens ein. Die WASSERMANNsche Reaktion fiel vor und nach der Injektion negativ aus. *Schourp-Danzig.*

Über die Sprewkrankheit (Aphthae tropicae), von BENEKE-Marburg. (*Verhandl. d. Deutsch. Pathol. Gesellsch.* 1910. S. 132.) Das charakteristische der Sprew ist die eigentümliche, als weifse Diarrhoe bekannte Darmaffektion, welche sich über viele Jahre hinziehen und den Tod des Patienten veranlassen kann. Mit diesen zu

hochgradigster Emaziation und an perniziöse Anämie erinnernde Blutzerstörung führenden Durchfällen geht eine **Munderkrankung** einher, welche in einer hochgradigen oberflächlichen Zungenentzündung besteht. Die Zunge bildet dabei Bläschen sowie allgemeine schmerzhafte Hyperämien und kann in hohem Grade narbig schrumpfen. Diese zu Ulceration führenden Aphthen werden im ganzen Darmtractus gefunden. In allen Läsionen des Körpers wurde der gleiche GRAMfeste Bacillus in eigentümlichen, an Aktinomyses und Streptotricheen erinnernden Haufen nachgewiesen, dessen nähere Charakterisierung aber noch nicht gelang. *Gunsett-Strafsburg.*

Die spezifische Behandlung der Framboesie mittels Salvarsan, von RICHARD P. STRONG-Manila. (*Philippine Journ. of Science.* Bd. 5, Nr. 4.) STRONG sieht in dem Salvarsan ein ideales Spezifikum gegen die Framboesie; drei oder vier Tage nach der Injektion beginnen die Granulome zu verschwinden, ohne dafs STR. bisher ein Rezidiv sah. Er gab bei Kindern 0,25—0,3 g, bei Erwachsenen 0,4—0,5 g intramuskulär in die Glutaeen. *Schourp-Danzig.*

Die spezifische Behandlung der Framboesie mit Salvarsan, von R. P. STRONG-Manila. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Nach den Erfahrungen von STR. bei 30 sicheren Fällen von Framboesia genügt in der Regel die einmalige intraglutäale Injektion von 0,5—0,7 Salvarsan (bei Kindern 0,25—0,3), um eine prompte und dauernde Heilung zu erzielen. Es sind von seinen Patienten mehrere jetzt schon länger als sechs Monate rezidivfrei geblieben. Dabei macht sich die günstige Wirkung schon nach wenigen Tagen bemerkbar, und in etwa drei Wochen ist die Heilung meistens vollendet. Eine zweite Injektion hat Verfasser nur ganz selten angewandt. Üble Nebenwirkungen in Form von Schmerzen und Fieber waren nur in mäfsigen Graden zu verzeichnen. Da die Therapie bisher dem Leiden ziemlich machtlos gegenüberstand, sind diese Erfolge, welche auf eine ganz spezifische Wirkung des Mittels der Spirochaeta pertenuis gegenüber hinweisen, jedenfalls der weiteren Beachtung wert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Heilwirkung des Salvarsans bei Fromboesia, von H. ALSTON-Trinidad. (*Brit. med. Journ.* 18. Febr. 1911.) Im Krankenhaus zu Trinidad hat auf den Wunsch As. der deutsche Marinearzt ROST erst 5 und dann noch 13 Fälle von Framboesia mit Salvarsan (0,6) injiziert, wobei eine erstaunlich schnelle Besserung eintrat. A. applizierte darauf bei einigen von diesen Kranken ein Kantharidenpflaster und verwendete das so gewonnene Serum ohne weiteres zu Injektionen bei anderen Fällen. Die Dosis betrug für Erwachsene 16 ccm. Die Resultate werden als ebenso gute wie nach der Salvarsaninjektion bezeichnet. Aufserdem entnahm Verfasser Vesikatorenserum von den mit Serum so behandelten Patienten und konstatierte, dafs auch dieses sekundäre Serum eine heilende Wirkung ausübte. Kontrollversuche mit Vesikatorenserum von gesunden Individuen und von Framboesiekranken ohne Salvarsanbehandlung ergaben durchweg negative Resultate. Die Versuche sollen weiter verfolgt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Heilwirkung des Salvarsans bei Framboesia, von H. ALSTON-Trinidad. (*Brit. med. Journ.* 18. März 1911.) Zur Ergänzung seiner ersten Mitteilung über dieses Thema (im *Brit. med. Journ.* 18. Febr. 1911) berichtet Verfasser, dafs er seitdem noch drei Fälle von Framboesia mit Salvarsan behandelt hat. Es wurde stets nur eine einzige Injektion verabreicht. Von den 21 Kranken betrachtet er 13 als definitiv geheilt, 3 als fast geheilt und 5 als stationär geblieben. Ferner wurde die Milch von einer Ziege, welcher eine Injektion von 0,3 Salvarsan gegeben worden war, zwei framboesiekranken Kindern dargereicht. Verfasser konstatierte dabei eine langsame aber stetige Besserung und will weitere derartige Experimente vornehmen. Von sonstigen Heilmitteln schreibt er nur dem Orsudan und dem Soamin eine kurative Wirkung zu. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mikroskopische Beobachtungen über die „Verruca peruviana" oder „Carrionsche Krankheit", von B. Galli-Valerio-Lausanne. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 58, Heft 3.) Verfasser hat bei einem einen Indianer betreffenden Fall von Verruca peruviana (der Forma mular) einen säurefesten, durch Giemsa nicht, durch Gram und Ziehlsche Lösung wohl färbbaren Bacillus, bei den zwei Fällen von Carrionscher Krankheit im Blute des einen in den roten Blutkörperchen Gebilde, welche den von Biffi, Basset-Smith, de Vecchi und Mayer beobachteten ähnlich sind, und im Blute des anderen Körperchen gefunden, welche durch ihr Aussehen dem Anaplasma marginale der Rinder sich nähern. Es erhebt sich demnach die Frage, ob Verruca peruviana und Carrionsche Krankheit ein und dieselbe oder nicht zwei verschiedene, durch verschiedene Parasiten bedingte Krankheiten sind und auch ob die in den roten Blutzellen gefundenen Körperchen mit diesen beiden Affektionen Beziehungen haben. Jedenfalls hält G. die Ätiologie der Verruca peruviana für ein noch der Lösung harrendes Problem. *Stern-München.*

Neue klinische Beispiele von Orientbeule, von Gabbi und Lacava. (*Stud. sul. mal. trop. in Ital. e. Sicil.* Heft 2.) Mitteilung von 4 Fällen typischer Orientbeule mit positivem Befund von Leishmania tropica in Calabrien. Es handelte sich um Gegenden, in denen Malaria und Kalaazar endemisch sind.

Gunsett-Straſsburg.

Blastomykose, von Robert G. Washburn-Milwaukee. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 15.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Klinische Mitteilungen über Mycetoma, von A. Hooton-Manila. (*Philippine Journ. Science.* Bd. 5, Nr. 2.) Kasuistik. Unter den angeführten Fällen, von denen ein Teil photographisch wiedergegeben wird, war einer mit ausgedehnter Schwielenbildung der Fuſssohle; ein anderer zeigte sekundäre Eiterungen in den Leistendrüsen.

Schourp-Danzig.

Demonstration einer unter dem Bild des sog. Madurafuſses verlaufenen Fuſserkrankung, von Schmincke-Würzburg. (*Verh. d. Deutsch. Pathol. Gesellsch.* 1910. S. 202.) Bei einem 55jährigen Mann, der nie in den Tropen gewesen war, entstand vor zehn Jahren am Fuſsrücken eine Anschwellung, die sich innerhalb eines Jahres bis zu Kirschgröſse vergröſserte und oberflächlich leicht ulcerierte. Ein ähnlicher Tumor entwickelte sich auch an der Planta pedis mit fistulösen Gängen. Allmählich wurde der ganze Fuſs elephantiastisch verdickt; die Verdickung setzte sich in die Gegend des äuſseren Malleolus und darüber hinaus fort. An einigen Stellen waren in der elephantiastisch verdickten Haut prominierende Tumoren mit Ulcerationen mit speckigen Rändern zu sehen. An der Fuſssohle war die Epidermis borkig belegt, teilweise in Fetzen lamellös abgelöst, und es fanden sich hier rundliche, zum Teil halbkugelig vorspringende Einlagerungen, die von Stecknadelkopfgröſse bis Linsengröſse und auch gröſser waren und eine schwarze Körnung und Fleckung zeigten. Auf Druck lieſsen sich aus ihnen komedonenartige Körner auspressen. Die mikroskopische Untersuchung dieser schwarzen Körner, die in sämtlichen Geweben (sogar den Knochen) des amputierten Fuſses nachgewiesen werden konnten, zeigte, daſs sie aus Pilzdrüsen bestanden, die genau wie Aktinomycesdrüsen gebaut waren. Die Sporen lieſsen sich mit allen Kernfarbstoffen, besonders aber nach Gram leicht färben. Die Fäden blieben immer ungefärbt. Es gelang nicht, den Pilz zu züchten. Doch nimmt der Verfasser an, daſs es sich nicht um wirkliche Aktinomycespilze, sondern um eine besondere Art derselben handelt, die in färberischer Beziehung in manchen Punkten von ihnen abweicht. *Gunsett-Straſsburg.*

Maligne Diphtherie mit multiplen Läsionen bei einem Säugling, von J. D. Rolleston-London. (*Lancet.* 24. Sept. 1910.) Ein ungewöhnlicher Fall vom Über-

greifen des diphtherischen Prozesses auf die Cutis wird von R. kurz geschildert. Es handelte sich um ein sechs Wochen altes Flaschenkind, bei dem einige Zeit lang schon Nasenkatarrh bestanden hatte, als an den Tonsillen die diphtherische Membranbildung konstatiert wurde. Im Krankenhaus wurden Pseudomembranen in groſser Ausdehnung an den Rachenorganen, an der Schleimhaut der Wangen und Nase und auch an den groſsen Labien und der Haut in der Umgebung des Anus konstatiert und durch den Nachweis von Diphtheriebazillen bestätigt. Trotz groſser Gaben Antitoxin starb das Kind nach drei Tagen. Verfasser weist darauf hin, daſs Diphtherie der Cutis zur Zeit von Bretonneau und Trousseau nicht ganz selten aufgetreten ist, daſs aber solche Fälle heutigentags nur ganz vereinzelt zur Beobachtung kommen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Gangrän des Beines nach Diphtherie, von J. D. Rolleston. (*Brit. Journ. of childrens Diseases.* Dez. 1910.) Bei einem 13jährigen Knaben, der eine schwere, nicht erkannte Diphtherie durchgemacht hatte, trat am 30. Tage Gangrän an der linken Unterextremität auf, die schlieſslich den Fuſs und einen Teil des Unterschenkels umfaſste. Dieser muſste abgenommen werden, wobei sich ein Thrombus in der art. poplitea fand. Extremitätengangrän bei Diphtherie ist schon öfters beschrieben worden und zwar folgt sie in der Rekonvaleszenz nach schweren Attacken. Die Ursache ist meistens eine Embolie, wie überhaupt Embolien in den verschiedenen Organen nicht selten bei Diphtherie gefunden wurden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Gangrän an den Extremitäten während der Rekonvaleszenz nach Diphtherie, von A. S. Ransome und E. M. Corner-London. (*Lancet.* 1911. 14. Jan.) Verfasser berichten über einen Fall von Gangrän am Fuſs und Unterschenkel als Folge von arterieller Thrombosierung im Anschluſs an Diphtherie bei einem 6jährigen Knaben. Nach äuſserst bedrohlichen Erscheinungen erfolgte Genesung, doch war die Unterschenkelamputation dicht unterhalb des Knies notwendig geworden. In der Literatur haben Verfasser nur acht analoge Fälle nachweisen können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Berichtigung. In meinem Originalbericht, Band 52, Nr. 11, Seite 565, muſs es

Spalte 11, oben, statt „Erythema“ heiſsen Ecthyma,
„ 14, „ „ „Ekzeme“ „ Ecthymata,
„ 16, „ „ „Ekzeme“ „ Ecthymata.

Dr. L. Ehrlich.

Lokalisatoren für die Kromayersche Quarzlampe, von L. Dekeyser. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 37.) D. hat für die Quarzlampe einen Lokalisator konstruiert, der aus einem Tubus besteht, eine Irisblende trägt und ev. teleskopisch ausziehbar ist. Die Vorteile des Apparates, der vor die Lampe geschaltet wird, bestehen darin, daſs man bei Bestrahlungen aus der Entfernung die Verschiebung des Lichtkegels und damit die unerwünschte Belichtung gesunder Partien vermeidet. Durch die Irisblende kann das Licht auf sehr kleine Stellen konzentriert werden. Auſserdem sind die Augen von Arzt und Patienten geschützt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Soll man alle Hauterkrankungen behandeln? Von L. M. Pautrier. (*Bull. méd.* 1911. S. 61.) Auf Grund jahrelanger Beobachtung hautkranker Patienten kann

sich P. nicht der Einsicht verschliefsen, dafs in manchen, allerdings seltenen, Fällen ein regelmäfsiges Alternieren zwischen Erkrankungen der Haut und der inneren Organe vorkommt. Von ersteren sind es besonders die ätiologisch nicht klaren Krankheiten wie Ekzem, Prurigo, Urticaria, Psoriasis usw., von letzteren Asthma, Koliken, Albuminurie, Gicht, Krämpfe usw. Es besteht zwischen ihnen der Zusammenhang, dafs z. B. durch das Auftreten der Dermatose das innere Leiden verschwindet und nach deren (spontaner oder medikamentöser) Heilung wieder auftritt. Es wurden verschiedene Erklärungsversuche für dieses Alternieren gemacht: Angioneurosen, Kongestionen usw. Die praktische Folge dieser Erkenntnis mufs sein, dafs bei einer Hautaffektion stets der Gesamtzustand des Patienten berücksichtigt wird. Ist eines der oben genannten Leiden vorhanden oder besteht der Verdacht dafür, so darf die Dermatose nur sehr mild behandelt werden, ja, mufs sogar, wenn sich die interne Komplikation einstellt, durch Irritantien wieder zum Aufflackern gebracht werden. Inzwischen mufs der Gesamtzustand individuell gehoben werden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über Simulation von Hautkrankheiten, von Hans Marx. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1910.) Verfasser gibt in seiner ebenso interessanten wie fleifsigen Arbeit zunächst einen historischen Überblick und zeigt, dafs schon Galen über Simulation von Krankheitsbildern berichtet hat. Marx hat 82 Fälle von artefiziellen Dermatosen aus der Literatur gesammelt, inklusive eines eigenen Falles und zweier weiterer Fälle aus der Leipziger dermatologischen Klinik. 55 davon betrafen hysterische Individuen; davon waren 53 weiblichen Geschlechtes. Bei 16 Fällen fehlte die Erörterung, ob Hysterie vorlag oder nicht. In 9 Fällen war keine Hysterie nachzuweisen; davon betrafen 7 männliche Personen. Die meisten Simulanten haben ein Alter von 16 bis 25 Jahren. Die weitaus gröfste Zahl gehört dem Arbeiterstande an. Bei vielen ist nur die Sucht vorhanden, sich interessant zu machen, bei anderen jedoch kann keine besondere veranlassende Ursache eruiert werden. Auffällig ist, dafs in vielen Fällen ein Trauma der Simulation voraufging, und dieses Trauma scheint bei einer grofsen Zahl Hysterischer der Anlafs gewesen zu sein, sich selbst zu beschädigen. Verfasser führt zahlreiche Beispiele aus der Literatur an. Weiter gibt es Hysterische, bei denen durch die Artefakte angenehme Gefühle ausgelöst werden. Bei den Artefakten an der Mamma scheinen oft erotische Momente mitzuspielen. Es bleibt aber immer eine grofse Zahl von Beobachtungen übrig, wo es nicht möglich war, irgendein Motiv zu finden, wo trotzdem die Betreffenden mit einer Zähigkeit und Hartnäckigkeit sich schwere Hautveränderungen beibrachten, teilweise lange Zeit hindurch und periodenweise. Von allen Autoren, welche diesen Punkt berücksichtigen, ist die Ansicht Strümpells als richtig erkannt worden. Er berichtet von einem 26jährigen Mädchen mit hysterischen Stigmata, welches sich lange Zeit hindurch mit Ätznatron tiefe Ulcerationen beibrachte. Als man Patientin nach dem Grunde der Selbstbeschädigung frug, antwortete sie: „Weil es mich immer in der Haut so juckte“. Strümpell glaubt, es müsse sich bei den Hysterischen um mehr handeln, als um die blofse Sucht, sich interessant zu machen. Er nimmt einen abnormen Geisteszustand, eine Art „Zwangshandlung“ an.

Bei den Hysterischen kommt noch eines in Betracht, was die teilweise schweren Selbstbeschädigungen begreiflich macht, das sind die Hyp- und Anästhesie und die Analgesie, welche eine häufige Begleiterscheinung der Hysterie bilden. Es ist bemerkenswert, dafs fast bei allen Hysterischen solche Körperpartien mit Vorliebe für die Artefakte gewählt werden. So bestand im Falle Strümpells neben anderen hysterischen Symptomen eine starke Analgesie der Haut. Bei den Hysterischen genügt in vielen Fällen eine ganz geringe Ursache, z. B. ein leichtes Reiben, um schwere Hautveränderungen herbeizuführen. Oft spielen bei diesen Leuten auch religiöse Momente

mit, besonders in früheren Zeiten bei den sog. Stigmatisierten. Es ist bekannt, dafs solche „Blutungen“ auch durch chemische Mittel erzeugt werden, nämlich durch Einreiben der Haut mit einer Lösung von Eisenchlorid oder schwefelsaurem Eisenoxyd mit folgender Bespritzung der Stellen mit Rhodankalium, worauf eine intensive scheinbare Blutung eintritt, da sich das blutrote Eisenrhodanid bildet.

Von den Funktionsanomalien der Haut wird am meisten die Chromidrosis simuliert; sie findet sich besonders bei den Hysterischen. Von den akuten entzündlichen Dermatosen wird am häufigsten das Erysipel nachgeahmt. Man bediente sich zu diesem Zwecke der Thapsiawurzel. Die Erythemformen der simulierten Hautaffektionen sind sehr häufig und sehr leicht zu produzieren. Sehr häufig sind auch die Bläschenausschläge (Kanthariden, Senfmehl usw.). Die Simulation des Herpes zoster ist in den meisten Fällen stets von einem geschulten Dermatologen leicht zu verifizieren, da derselbe an einem Nervenlauf gebunden sein mufs und eine charakteristische Gruppenbildung zeigt.

Bei weitem die häufigsten simulierten Hautkrankheiten fallen in die Klasse der Geschwürsbildungen und Nekrosen. Die chemischen Mittel, die dazu verwendet werden, sind die Säuren und die ätzenden Alkalien; von den mechanischen Mitteln sind das Kratzen und Reiben sowie die Anwendung der Hitze zu nennen (konzentrierte Kochsalzlösung, Kanthariden).

Erwähnung verdient, obwohl nicht in das Gebiet der Hautkrankheiten fallend, dafs das Ulcus durum durch Verbrennen der Vorhaut mit Zündhölzchen, brennenden Zigarrenenden oder glühender Pfeifenasche nachgeahmt wird.

Zahlreich sind die chemischen Mittel, mittels deren sich die Simulanten Hautgangrän beizubringen suchen. Am häufigsten werden die Säuren verwendet. Nach der Applikation und Konzentration sieht man die verschiedensten Krankheitsbilder entstehen, dazu kommt noch, dafs eben bei vielen Hysterischen eine besondere Irritabilität der Haut besteht. Bei den Selbstbeschädigungen mit Salpetersäure hat in keinem Falle die Diagnose Schwierigkeiten bereitet. Die in der Literatur beschriebenen Fälle von Hautgangrän, hervorgerufen durch die Anwendung der Salzsäure, haben bezüglich der Diagnostik bisweilen mehr Schwierigkeiten bereitet. Verfasser teilt auch einige Beobachtungen von Selbstbeschädigungen mit Schwefelsäure bzw. Vitriolöl mit; desgleichen einige Beispiele von Täuschungsversuchen mittels alkalisch reagierender Agentien, die auf der Haut ähnliche gangränöse Herde hervorgerufen haben. Es gibt auch Beobachtungen, bei denen das Argentum nitricum als Täuschungsmittel verwendet wurde. Einzig in der Literatur ist die Selbstbeschädigung durch Chlorzink, welche Oestreicher (*Derm. Ztsch.* 1898) mitteilte, die recht grofse Schwierigkeiten bereitet hatte und die bis zur Erkennung der wahren Natur der Affektion verschiedene Autoren sechs Jahre lang beschäftigt hatte.

Ulzeröse Dermatosen können auch durch Injektion von Arzneimitteln herbeigeführt werden (Winternitz, [*Wien. klin. W.* 1895] Chloroforminjektionen: symetrisch gelegene Gangräne). Die Ganggränformen der simulierten Hautaffektionen überwiegen in der Literatur. Viele von ihnen wurden erst spät als Artefakte erkannt und standen vorher unter der Diagnose Spontangangrän bei Hysterischen.

Das Ekzem wird selten künstlich zu Täuschungszwecken erzeugt. Verfasser hat aus der Literatur nur drei Fälle feststellen können sowie einen aus der Leipziger dermatologischen Klinik. Häufiger werden Blasenausschläge simuliert; man bedient sich zu diesem Zwecke mit Vorliebe der Kanthariden, des Krotonöls, des Senfmehles usw. Bisweilen ist es den Simulanten geglückt, einen Pemphigus vorzutäuschen. Sogar eine Schleimhautaffektion mittels Kanthariden ist in der Literatur bekannt. Von den simulierten infektiösen Granulationsgeschwülsten sind in der Literatur drei

Fälle verzeichnet. Auch ein Fall von simulierter Dermatomykose ist bekannt geworden. Ein Fall aus der Leipziger dermatologischen Klinik, der unter die ulcerösen Formen der simulierten Dermatosen fällt, wird eingehend geschildert. Im Referat kann darüber nicht berichtet werden.

Zur Erkennung der simulierten Hautkrankheiten kann man eine Reihe von Gesichtspunkten aufstellen. 1. Es wird wohl in den wenigsten Fällen möglich sein, genau dasselbe pathologisch-anatomische Bild einer bestimmten Hautkrankheit nachzuahmen. Bei den simulierten Dermatosen wird es meistens auffallen, dafs die Einzeleruptionen einander sehr ähneln, oder man findet Einzeleruptionen, die von der Norm beträchtlich abweichen. Nach Thibièrge mufs ferner Simulation vermutet werden bei unvollständigen oder zu überladenem Bilde der Hautaffektion. 2. Es gibt bekanntlich eine grofse Zahl von Hautaffektionen, die besondere Prädilektionsstellen haben. Ein Simulant müfste schon eine grofse Kenntnis der betreffenden Krankheit besitzen, um auch diese Bedingung zu erfüllen. Allerdings sind solche Fälle beschrieben. 3. Die Effloreszenzen bei den vorgetäuschten Dermatosen werden immer an die den Händen erreichbaren Stellen gebunden sein. Verdächtig ist, dafs in vielen Fällen die linke Körperseite mit Vorliebe Sitz der Eruptionen ist; Dultz (Dissert., Jena 1905) spricht von „gewissen Prädilektionsstellen für künstliche Nekrosen“. 4. Die Konfiguration der Eruptionen wird ebenfalls oft auf den Artefakt hinweisen; dies gilt namentlich für die Ulzerationen. 5. Eine Anzahl von Affektionen wird dadurch auffallen, dafs sie zum Allgemeinzustand des betreffenden Individuums in einem grofsen Mifsverhältnis stehen. 6. Den Verdacht der Simulation in unklaren Fällen wird ferner der Umstand bestärken, wenn in klinischer Beobachtung, d. h während des jeweiligen Aufenthaltes des Patienten in einem Krankenhaus der Ausbruch der Eruptionen ausbleibt. 7. Wenn bei eigenartigen Hautaffektionen neue Ausbrüche immer während der Nacht entstehen, so mufs man ebenfalls immer an Artefakte denken. 8. Kein Zweifel über die Natur einer Affektion wird bestehen, wenn unter Okklusivverbänden dieselbe rasch abheilt. 9. Bei der Beurteilung eigenartiger Dermatosen empfiehlt es sich immer, wenn zugleich Hysterie vorhanden ist, den Verdacht der Simulation zu hegen. Für die ulzerösen und gangränösen Formen der simulierten Hautkrankheiten lassen sich noch einige besondere Anhaltspunkte aufstellen: a) in den meisten Fällen, besonders bei den durch Kratzen und Reiben hervorgerufenen Ulcerationen, wird die Umgebung irritiert sein; ein entzündlich roter Saum um die betreffende Stelle, auch wenn er noch so schmal ist, mufs den Verdacht auf Artefakt erwecken. b) Oft läfst sich aus der Farbe der Schorfe und Nekrosen die Natur des angewandten Ätzmittels feststellen. c) In vielen Fällen kann man die Simulation da durch entdecken, dafs man Streifen konstatiert, welche herablaufende Flüssigkeiten hervorgebracht haben. d) Bisweilen kann man eine chemische Untersuchung der Schorfe oder des Inhaltes von Blasen zur Entlarvung der Betrüger mit heranziehen Freilich bekommt man oft ein negatives Resultat. e) Bei den Ulzerationen mufs noch die verschiedene Tiefe der Substanzverluste Verdacht auf Artefakte erwecken, was auf eine verschieden lange Dauer der Einwirkung der Agentien hinweist oder verschiedene Entwicklungsstadien der Eruption bedeutet.

Bezüglich der Therapie der simulierten Hautkrankheiten ist es nur erforderlich, den Simulanten die Möglichkeit zu nehmen, sich weiterhin selbst zu schädigen.

Fritz Loeb-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. №. 5. 1. September 1911.

Aus dem Pathologischen Institut der Königl. Tierärztlichen Hochschule in Hannover.
Dirigent: Prof. D. Dr. Rievel.

Über Hauttuberkulose beim Pferde.

Von

Karl Herrmann,
Tierarzt in Gersweiler.

Mit einer Tafel.

Einleitung.

Während die Hauttuberkulose des Menschen seit Jahrzehnten Gegenstand der eifrigsten Forschung war und eine äuſserst reichhaltige Literatur gezeitigt hat, sind in der Veterinärmedizin Angaben über diese Hauterkrankung verhältnismäſsig recht spärlich. Wohl sind vereinzelte Fälle mitgeteilt worden, diese Berichte entbehren jedoch oft einer eingehenden histologischen Befundangabe. Auch ist nicht immer das Hauptkriterium der Tuberkulose, „der Tuberkelbacillus", nachgewiesen worden. Gerade bei unseren Haustieren bedarf bei dem sehr seltenen Auftreten dieser Erkrankung jeder einzelne Fall der genauesten Untersuchung, wenn er Anspruch auf wissenschaftlichen Wert erheben will. Eine einwandfreie, auf den Tuberkelbazillennachweis gestützte Diagnose ist beim Pferde, nach der mir zugänglichen Literatur zu urteilen, nur Cadiot gelungen. Aber auch dieser sonst so hervorragende Beobachter hat uns keine eingehende Darstellung der pathologisch-histologischen Veränderungen der Hauttuberkulose des Pferdes gegeben.

Aus diesem Grunde hat mich mein hochverehrter Lehrer Herr Prof. D. Dr. Rievel damit betraut, die Hauttuberkulose des Pferdes mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Histologie zu bearbeiten.

Literatur über Hauttuberkulose beim Menschen.

Nach den in der Humanmedizin heute noch allgemein als richtig anerkannten Anschauungen teilt man die Hauttuberkulose des Menschen in vier groſse Gruppen ein:

1. Lupus vulgaris.
2. Scrophuloderma.
3. Tuberkulosis miliaris ulcerosa.
4. Tuberkulosis verrucosa cutis.

I. Lupus vulgaris.

Unter Lupus vulgaris versteht man eine chronische Erkrankung der Haut und der angrenzenden Schleimhäute, die zur Bildung der Lupusknötchen führt. Der Erreger dieser Krankheit ist der Tuberkelbacillus. Jarisch (5) definiert das Lupusknötchen als ein scharfumschriebenes Infiltrat, das aus Epitheloid- und Rundzellen besteht und Riesenzellen enthält. Die in das Gewebe eingedrungenen Tuberkelbazillen rufen zunächst eine Wucherung der fixen Bindegewebselemente hervor. Die Endothelien und Perithelien der Gefäſse sind dabei besonders beteiligt. Das Produkt sind die sogenannten Riesenzellen, die entweder in kleinen umschriebenen Herden zusammenliegen, oder entlang den Gefäſsen eine netzförmige Anordnung zeigen können. Eine sekundär eintretende entzündliche Reizung des Gewebes, wie sie z. B. das Tuberkelgift bedingen kann, führt zur Durchsetzung und Umwallung des Epitheloidzellenherdes mit Leukocyten. Hat eine Infiltration mit Rundzellen stattgefunden, so spricht er von Lymphoidzellentuberkel. Nach Jadassohn kann die primäre Entwicklung der Lupusknötchen in allen Schichten der Haut ablaufen. Dagegen vertreten die meisten Autoren die Ansicht, daſs der Beginn des Lupus in die tieferen Hautschichten zu verlegen sei. Die sehr reichliche Blutzufuhr zu dem um die Lupusknötchen liegenden Gewebe und die Gegenwart einzelner Gefäſse in den Herden selbst, lassen uns den Mangel an typischer Verkäsung im Zentrum der Knoten begreifen. Degenerationsvorgänge sind indessen auch an den Zellen der Lupuszentren häufig zur Beobachtung gelangt. Herdweise homogene Schwellung führt unter Zusammenfluſs der degenerierten Zelleiber und Erhaltenbleiben der Zellkerne zur Bildung von Riesenzellen, deren reichliches Vorhandensein dem Lupusknötchen ein weiteres charakteristisches Merkmal verleiht. Zwischen den Tuberkeln breitet sich ein mehr oder weniger stark entwickeltes Granulationsgewebe aus. Die Mitbeteiligung des Epithels äuſsert sich in einer vermehrten Zellentätigkeit. Es besteht Verdickung des Rete Malphighii und Vermehrung der Zellen des Stratum granulosum, die groſse polygonale Gebilde in vielfacher Lage darstellen und über sich eine mächtige Hornschicht zur Entwicklung gelangen lassen. Von den interpapillären Epithellagen dringen zusammenhängende lange Zapfen in die Tiefe, einzelne Epidermisinseln schnüren sich ab, verhornen und führen so, tief im Granulationsgewebe liegend, zur Bildung krebsperlenartiger Produkte. Man hat diese Epidermiseinsenkungen als atypische Epithelwucherung

bezeichnet. Leukocyten durchsetzen häufig diese eigenartigen Gebilde und unter dem Reiz der verlagerten Hornsubstanz kommt es zur Bildung von Fremdkörperriesenzellen.

Der Sitz des Lupus und die damit zusammenhängenden eigenartigen Veränderungen, die Gröfse, die Anordnung und spezielle Eigenschaften der Knötchen haben zur weiteren Unterscheidung verschiedener Unterabteilungen des Lupus vulgaris geführt, die ich in folgendem kurz charakterisiere:

1. Lupus circumscriptus.

Die lupösen Herde erscheinen als scharf begrenzte Einlagerungen:

a) die kleinen, kaum makroskopisch sichtbaren Herde stellen den Lupus maculosus dar.

b) die stecknadelkopf- bis erbsengrofsen, von glatter, glänzender Epidermis überzogenen Knötchen hat man unter dem Namen Lupus prominens tuberculosus, s. nodosus zusammengefafst.

2. Lupus diffusus.

Eine diffuse entzündliche Infiltration hat sich eingestellt. Mitunter breitet sich das lupös entartete Gewebe längs den Gefäfsen aus, von der Nachbarschaft wenig oder gar nicht abgegrenzt.

3. Lupus tumidus.

Es sind gröfsere, scheibenförmige, knollige, sulzige, durchscheinende und konfluierende Infiltrate entstanden.

4. Lupus disseminatus.

An der Peripherie älterer Herde sind jüngere, kleinere Knötchen entstanden.

5. Lupus serpiginosus.

Die Knötchen zeigen eine bogenförmige Anordnung. Die älteren sind bereits in Rückbildung begriffen, so dafs nur der Rand der lupösen Hautfläche die spezifischen Bildungen trägt.

6. Lupus hyperthrophicus.

Das zwischen den Hauttuberkeln sich ausbreitende Granulationsgewebe durchsetzt das ganze Corium und führt zu starken Verbreiterungen und Verdickungen desselben, so dafs das befallene Gebiet geschwulstartig über das Niveau der normal gebliebenen Haut hervorragt.

7. Lupus exulcerans.

Mitunter erleidet die Epidermis durch den Andrang der Lupusmassen eine wesentliche Schwächung; der Papillarkörper wird dabei flächenhaft. Ernährungsstörungen verbunden mit Exsudatansammlung und Leukocyten-

einwanderung in die Epidermis lassen eine Lockerung ihrer Schichten entstehen. Unter der Ungunst äufserer Schädlichkeiten kommt es zur völligen Abstofsung der über dem lupösen Gewebe befindlichen Oberhaut. Die Lupusknoten zerfallen zu einer käsig eitrigen Masse und führen so zu wenig eiternden, leicht blutenden Geschwüren.

8. Lupus exfoliations.

Schwindet die ursprüngliche Infiltration durch stattgehabte fettige Degeneration und Resorption, so wird die gespannte, glänzende Epidermis runzlig und schilfert in trockenen Plättchen ab.

DIERCK (3) versteht unter Lupus exfoliations die dauernde Abschuppung an der Oberfläche der mächtigen Hornschicht, entsprechend der steten Zubildung von Hornmassen.

II. Scrophuloderma.

Das Scrophuloderma stellt eine meist sekundäre Form der Hauttuberkulose dar. Die Bildung haselnufs- bis hühnereigrofser Knoten, die unter der Haut verschiebbar, und gegen die Nachbarschaft deutlich abgegrenzt sind, kennzeichnen die Natur des Scrophuloderma. Allmählich dringen die Knoten nach der Cutis vor und verlöten mit ihr. Ohne Hinzutreten entzündlicher Erscheinungen kommt es zur zentralen Erweichung. In selteneren Fällen entwickelt sich ein Knoten direkt in der Cutis, ohne dafs ein primärer Herd in der Unterhaut bestanden hätte. Nachdem die den Erweichungsherd überziehende dünne Decke gesprengt ist, entleert sich ein mit käsigen Massen untermischter dünnflüssiger Eiter. Es ist ein Geschwür entstanden, das weithin unterminierte Ränder aufweist. Durch anhaltenden molekulären Zerfall der Randpartien tritt Erweiterung der Geschwürsöffnung ein. Ein rötliches, schlaffes, mit gelblichen Einlagerungen durchsetztes Granulationsgewebe bildet den Geschwürsgrund. Das Scrophuloderma kann auch mitunter Ursprungsstätte eines typischen Lupus vulgaris werden. Auch von subcutan liegenden, tuberkulös entarteten Lymphdrüsen kann die Entstehung des Scrophuloderma hergeleitet werden.

III. Tuberkulosis miliaris ulcerosa.

Miliare Tuberkelbildung, rasche Verkäsung mit nachfolgender Geschwürsbildung und grofser Bazillenreichtum sind dieser Form von Hauttuberkulose eigen. Die entstandenen Ulcerationen sind nicht tiefgehend; der Geschwürsgrund ist mäfsig infiltriert und mit graurötlichen, roten oder rötlich gelben, schlaffen Granulationen besetzt. Die häufig in Form von Kreissegmenten auftretenden Ränder sind eingekerbt, wenig infiltriert, nicht unterminiert, mit zahlreichen, kleinen, weifsgelblichen Knötchen besetzt. Die Ausbreitung der Geschwüre und die zackige Umgrenzung

sind die Folgen der Konfluenz kleinster miliarer Ulcerationen, die etwas vom ursprünglichen Geschwürsrande abstehen. Die in die Geschwürsfläche eingestreuten gelblichen, verkästen Herdchen sind ebenfalls typisch für die miliare ulceröse Hauttuberkulose.

IV. Tuberkulosis verrucosa cutis.

Die Hornschicht ist unregelmäſsig verdickt. Die einzelnen Papillen sind auſserordentlich groſs geworden, die interpapillären Epithelzapfen senken sich sehr tief ein. Mitunter beobachtet man auf der Höhe warzenförmiger Cutiswucherungen Zerklüftung der Epidermis. Zwischen ganz verhornten Epidermisschichten sind mitunter eingetrocknete Zellinfiltrate eingeschlossen. Die Cutis zeigt die meisten Veränderungen im Bereiche des Papillarkörpers, die tieferen Schichten dagegen sind nur selten hochgradig alteriert. Unter den bedeutend gewucherten Papillen und in den breitesten derselben liegen teils circumscripte, teils unregelmäſsig konfluierende Tuberkel, die nach auſsen von einem Rundzellenwall umgeben sind. Epitheloid- und Riesenzellen sind in ihnen vorhanden. Im Zentrum besteht häufig Verkäsung. Die Wucherung der epidermoidalen Elemente und ihre Überschwemmung mit Leukocyten sind die Folgen entzündlicher Vorgänge in der oberflächlichen Cutis, an denen sich die tieferen Lagen der Epidermis beteiligen.

Die Tuberkulosis verrucosa cutis stellt die leichteste Form von Hauttuberkulose dar, die einen äuſserst chronischen Verlauf nimmt, jedoch als lokale Erkrankung prognostisch meistens günstig zu beurteilen ist.

In neuester Zeit hat der bedeutende Hamburger Dermatologe Unna hervorragende Untersuchungen über Lupus beim Menschen angestellt, die geeignet sind, eine völlige Umwälzung der Lehre von der Hauttuberkulose des Menschen herbeizuführen. In seinem histologischen Atlas zur Pathologie der Haut (2) sucht er zwei seit Jahrzehnten in der Lehre vom Aufbau des Hauttuberkels geläufige Begriffe völlig auszumerzen: „Epitheloidzelle" und „Retikulum". Mit vielem Geschick entwirft Unna eine historische Kritik über den Tuberkelaufbau beim Lupus, in der er uns die vielfach wechselnden Anschauungen über Natur und Wesen der Epitheloidzelle kennen lehrt.

Virchow, der das Wort geprägt hat, verstand darunter sowohl endothelähnliche, wie epithelähnliche Zellen von mittlerer Gröſse, die den Übergang von kleinzelligen Elementen zu den Riesenzellen darstellen sollen.

Langhans, der Entdecker der unicellulären und multicellulären Entstehung der Riesenzellen, nennt das Wort in seinen Arbeiten überhaupt nicht. Er beschreibt groſse, runde oder ovale, sehr blasse Zellen, von fast homogener, nur sehr feinkörniger Zellsubstanz; die äuſsere Kontur ist ebenfalls blaſs, an manchen Stellen sieht man kleine, feine, spärliche Zacken

von der Oberfläche ausgehen. Die Kerne sind hell, nicht sehr dunkel konturiert und enthalten wenige sehr dunkle Körnchen und zusammengeballte grobgranulierte Massen. Kernkörperchen sind nur selten deutlich. Finden sich mehrere, so liegen sie wandständig. Diese Beschreibung paſst teils auf die Epitheloidzellen heutiger Autoren, teils auf die „Plasmazellen" UNNAS.

SCHÜPPEL bestreitet die Entstehung der Tuberkelelemente aus Epithelien und Endothelien; trotzdem behält er das Wort „Epitheloidzelle" bei. Dieser Verfasser ist bestrebt, die Grundelemente des Hauttuberkels als „Tuberkelzellen" anzusprechen, unter denen er Lymphkörperchen in Blutkapillaren versteht, die sich auf ganz und gar naturwidrige Weise zu zellenartigen, miteinander verklebten Körpern umwandeln sollen. In späteren Arbeiten SCHÜPPELS sind die Tuberkelzellen im Blute kreisende Protoplasmateile, die sich zu einem zunächst noch kernlosen Protoplast zusammenballen, in dem durch freie Zellbildung Kerne entstehen sollen.

WEISS betrachtet als Mutterzellen des Tuberkels „kleine, runde, etwas getrübte, einkernige Zellen, welche den Granulationszellen ähnlich sind, obwohl diese gröſser und mehrkernig sind. Regressive Metamorphose wandelt sie in Epitheloidzellen um, die dreimal so groſs sind als die ursprünglichen Zellen, von teils runder, teils polygonaler Form sind, einen reichlichen, feinkörnigen Inhalt besitzen und mit zwei bis fünf ovalen, feinkörnigen Kernen versehen sind." Aus diesen Zellen sollen durch Konfluenz Riesenzellen entstehen.

LUBIMOW bezeichnet kleinere dunkle und gröſsere helle Zellen als epitheloid. Er leitet sie von Endothelien und wahren Epithelien ab. Sie sollen durch Proliferation entstehen und durch weitere Vergröſserung des Zelleibes und Vermehrung der Kerne zur Bildung von Riesenzellen führen.

Diese Theorie wurde wiederum von RINDFLEISCH gestürzt, der die Epitheloidzellen als Abkömmlinge von Rundzellen definierte, die dem Epithelcharakter zustreben sollten. Die bedeutende Gröſse, das feinkörnige, mattglänzende Protoplasma, die bläschenförmigen, ovalen, blassen, mit doppeltem Kernsaum versehenen Kerne und ihre eigentümliche Stellung in den Riesenzellen (Riesenzellen bestehen aus Epitheloidzellen) sind für RINDFLEISCH Beweis genug, daſs Epithelähnlichkeit der genannten Zellen besteht. Durch fortschreitende Metamorphose sollen demnach Rundzellen zu Epitheloidzellen und weiterhin zu Riesenzellen sich entwickeln.

ARNOLD sieht in der zentralen Aufhellung der Herde die beginnende Epitheloidzellenbildung. An die Stelle der Granulationszellen treten solche mit hellem, bläschenförmigen Kern und einem breiten, lichten, schwach gekörnten und etwas glänzenden Protoplasmasaum. In den mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Schnitten erscheinen die Kerne der Granulationszellen

dunkel blaurot. Die Kerne der Epitheloidzellen dagegen sind hell bläulich oder lichtrot wie Protoplasma gefärbt. Durch regressive Metamorphose der fixen Bindegewebselemente sollen die Epitheloidzellen und Riesenzellen entstehen. Konfluenz der degenerierten Zellen kann ebenfalls zur Riesenzellenbildung führen.

Weigert gebührt das Verdienst, die schroffen Gegensätze zwischen den Auffassungen der Progressisten und Regressisten gemildert zu haben, iudem er uns die Riesenzelle als ein Doppelwesen kennen lehrte, in der das bazillenlose Zentrum der Nekrose anheimgefallen sei, und in der die bazillenhaltige Randpartie progressive Tendenzen zum Ausdruck bringe.

Klebs beschreibt drei verschiedene, am Aufbau des Tuberkels beteiligte Zellarten:

1. Rundzellen oder Leukocyten.
2. Epitheloidzellen oder Platycyten, die sich aus fixen Bindegewebszellen und Leukocyten entwickeln sollen.
3. Riesenzellen oder Makrocyten.

Baumgarten läſst die Epitheloidzellen nur progressiv aus Bindegewebszellen entstehen. Ihre Entwicklung aus Kapillaren kennt er nicht.

Ziegler ist derselben Ansicht wie Baumgarten.

Schmauss hält die Epitheloidzellen für Fibroblasten, die durch ihren stark ausgebreiteten Zellkörper manchmal Epithelzellen ähnlich sind. Nach Schmauss ist also die Form der Zelle epithelähnlich.

Dierck leitet die Epitheloidzellen von Bindegewebs- und Endothelzellen her. Die Epithelähnlichkeit dieser Zellen sieht er in der gegenseitigen Anordnung. Ihre kreisförmige und kugelmantelförmige Gruppierung um die eingedrungenen Tuberkelbazillen sind ihm Beweis genug dafür. In diesem Chaos sich widersprechender Theorien versucht nun Unna durch Entdeckung seiner Plasmazellen Einheit zu schaffen.

„Plasmazellen sind einseitig hypertrophische Bindegewebszellen, in denen der körnige Teil des Protoplasmas maximal vermehrt ist. Mit dieser Vermehrung geht eine Abrundung der Form Hand in Hand; die Ausläufer des Spongioplasmas werden eingezogen, es entstehen rundliche, ovale, oder bei Einschluſs in kollagene Spalten oder komprimierte Herde kubische Gestalten. Der Kern ist gewöhnlich schön oval, liegt häufig an einem Ende der Zelle, erscheint bei der Protoplasmafärbung als heller Fleck in der dunkelblauen Zelle, bei Kernfärbung aber oder ungenügender Protoplasmafärbung zeigt er ein grobbalkiges Chromatinnetz mit einer Reihe sehr groſser, stark tingibler Chromatinkörner oder bei stärkerer Entfärbung nur die letzteren. Das Protoplasma ist bei manchen durchweg blauschwarz gefärbt, an andern fällt aber die blaue Farbe stellenweise aus, man sieht das leere, violett gefärbte Spongioplasmanetz der Zellen und bemerkt, daſs die Reste der blauen Farbe

an feinen Punkten, an Körnchen haften. Mitosen finden sich in den Plasmazellen sehr selten, dagegen häufig und an den gröfseren fast immer eine Reihe sehr gleichartiger, ovaler, zuweilen fazettierter Kerne.“ UNNA hält sie für amitotisch entstanden.

Die Zellen der kleinzelligen Infiltrate sind nach UNNA Abkömmlinge der Plasmazellen und als kleine Plasmazellen zu bezeichnen. Nach diesem Autor haben emigrierte Leukocyten und Lymphocyten keinen Anteil am Aufbau des Lupusknötchens. Werden sie zufällig gefunden, so sind sie Beweis für eine stattgehabte Entzündung, wie sie durch Überschwemmung des Gewebes mit Tuberkelgift entstehen kann. Die Abstammung der Plasmazellen aus Bindegewebszellen und Gefäfsendothelien hat UNNA an zweckentsprechenden Schnitten zur Darstellung gebracht.

Regressive Metamorphose zusammenliegender Zellgruppen führt zur Bildung von Riesenzellen. Das Protoplasma der erkrankten Zelle wird zunächst homogen. Schwellung des Zellbildes, die je nach der Zellart sich mehr oder weniger stark entwickelt, kommt hinzu. Mitosenbildung der homogen geschwollenen Zelle kann man wohl mitunter noch beobachten, allerdings entstehen nur noch Tochterkerne, niemals mehr Tochterzellen.

Auch der dem Tuberkelvirus gegenüber widerstandsfähigere Kern erkrankt allmählich. „Sauere“ und „chromatoliptische“ Kerne treten auf. In den Spindelzellen sind die sauren Kerne bedeutend gröfser als wie die normalen und haben cylindrische Form angenommen. Der Kernsaft ist stark sauer geworden, dementsprechend ist er für basische Farbstoffe besonders tingibel. „Ein feines Chromatinnetz durchzieht den ganzen Kern, der in der Mitte ein mitunter längliches Kernkörperchen erkennen läfst.“ In den Plasmazellen zeigen die sauren Kerne eine mehr kugelige Gestalt.

Die chromatoliptischen Kerne sind ebenfalls vergröfsert, zeigen in den verschiedenen Zellen gleiche Formen wie die sauren Kerne, haben jedoch Mangel an sauren Kernsaft und an Chromatin. Demgemäfs sind sie basischen Farbstoffen gegenüber fast neutral. Durch Konfluenz verschiedener homogen geschwollener Zellen entstehen Riesenzellen, deren Heterogenese man häufig an den eingeschlossenen artverschiedenen Kernen studieren kann. Eine homogen geschwollene Zelle kann durch fortgesetzte Kernteilung ohne Protoplasmateilung zur Riesenzelle werden. Die Schwellung des homogenisierten Protoplasmas der tuberkusösen Riesenzelle ist typisch für diese und unterscheidet sie von der Fremdkörper-, Akne- und Syphilisriesenzelle. Dasselbe Moment der Protoplasmaaufquellung in den homogenisierten Zellen der Lupuszentren bedingt die kugelmantelförmige Anordnung der Zellen und führt so zur typischen Knötchenbildung. Über das weitere Schicksal der Plasmazellen sucht uns UNNA auch aufzuklären, indem er die teilweise hyaline Degeneration und die Abfuhr ins Blut demonstriert.

Das Lupusknötchen Unnas besteht somit aus homogen geschwollenen Zellen im Zentrum, aus normalen und regressiv matamorphosierten Spindel- und Plasmazellen in verschiedener Anordnung und aus Riesenzellen.

Unna verwirft die Annahme eines Retikulums als Bindesubstanz des Lupusknötchens, da es durchaus kein pathognomonisches Merkmal beim Aufbau des Hauttuberkels sei. Die Unterscheidung eines fibrinösen, protoplasmatischen und kollagenen Retikulums hält er für verfehlt, da Fibrin nur in solchen Herden vorhanden sei, in denen ein entzündlicher Prozeſs abgelaufen sei, da ferner die als Retikulum ausgesprochenen Protoplasmaausläufer der Riesenzellen nur unter Umständen gefunden werden könnten.

Auch macht uns Unna mit einigen sehr interessanten Befunden bei den verschiedenen Lupusarten bekannt. So beschreibt er einen Fall von Lupus diffusus mit homogener Schwellung der Stachelzellen und Zerfall der Epithelleisten durch Überschwemmung mit Leukocyten. Koagulationsnekrose der Stachelzellen beim Rückgang atrophierender Epithelleisten, atypische Akanthose mit komplizierendem Ekzem und die eigenartige Struktur des hämatogenen Lupus schildert er mit vielem Geschick. Den durch die Plasmazellenwucherung entstehenden Elastinschwund und die Erhaltung der elastischen Fasern in den Riesenzellen stellt er durch geeignete Färbemethoden ausgezeichnet dar.

Unnas Theorien über den Aufbau des Hauttuberkels fanden vielfach Gegner. Der erfolgreichste ist wohl Marschalko, denn nach Jarisch soll ihm der Beweis gelungen sein, die Plasmazellen Unnas seien Abkömmlinge von Lymphocyten und demnach ohne spezifische Bedeutung.

Über den mitunter negativen und in manchen Fällen von Lupus so auſserordentlich spärlichen Befund von Tuberkelbazillen geben Boas und Detlevsen (1) Aufklärung. Nach ihren Untersuchungen sind die nach Ziehl-Neelsen nicht färbbaren Bazillen mit der Muchschen Methode darstellbar und teils als violett gefärbte Stäbchen, teils als unregelmäſsig liegende Granula zu beobachten. In zwanzig Fällen von Lupus vulgaris konnten sie jedesmal Muchsche Stäbchen und Körnchen nachweisen, dagegen nur viermal Ziehlsche Stäbchen. Nach beiden Beobachtern sind die Riesenzellen Lieblingssitze der nach Much darstellbaren Tuberkelbazillen.

Literatur über Hauttuberkulose beim Pferde.

Die Hauttuberkulose ist bei unseren Haustieren im Verhältnis zur Häufigkeit der Organtuberkulose recht selten. Die Haut ist gleich den Muskeln für das Tuberkelvirus widerstandsfähiger als der übrige Körper. Die niedrigere Temperatur und die Straffheit der Haut mögen wohl die Entwicklungshemmung des pathogenen Pilzes bedingen helfen. Ferner ist die Behaarung der Tierhaut ein nennenswerter Schutz gegen von auſsen

andringende Schädlichkeiten. Indessen wurde bei kleinen Tieren, besonders beim Papagei häufiger Hauttuberkulose beobachtet. Bei diesem Stubenvogel ist der Kopf Lieblingssitz der tuberkulösen Veränderungen. Das ständige Scheuern des Kopfes an Sitzstangen und Käfiggitter gibt zu Verletzungen Anlafs, die alsdann Eingangspforte für das Virus werden können. Die Tuberkulome entwickeln sich häufig in Form der sogenanntrn Hauthörner, die anfangs von fester Konsistenz sind, später jedoch fluktuieren und häufig zu Blutungen führen können.

Nach HELLER (4) ist unter den grofsen Haustieren die Hauttuberkulose am häufigsten beim Rind. Das Scrophuloderma soll als sekundäre, fortgeleitete Form der Hauttuberkulose oft vorkommen. Es sind jedoch viele von HELLER angeführte Fälle nicht beweiskräftig, da das Hauptkriterium der Tuberkulose „der Tuberkelbacillus" nicht gefunden wurde. Die umfassende Arbeit HELLERS über vergleichende Pathologie der Haut enthält nur spärliche Angaben über Hauttuberkulose bei den Pferden. Er führt nur einen einzigen von DOLLAR beobachteten Fall von angeblicher Hauttuberkulose beim Pferde an.

„Eine fünfjährige Stute bekam nach einer nur langsam zur Lösung gekommenen Pneumonin eine grofse Anzahl von walnufs- bis halbkokosnufsgrofsen, subcutanen Anschwellungen, besonders an der Brust und an den Ellenbogen. Teilweise konfluierten die Infiltrate. Die Temperatur des Tieres war erhöht, der Puls beschleunigt die Pupillen weit. Aufser an den Knien und Fesselgelenken entwickelten sich überall Infiltrate. Die Tuberkulinimpfung hatte ein positives Resultat (Temperaturerhöhung um 1,2° C). Die Probeexzision wies in der Haut nur fibröses Gewebe nach. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden. Die Sektion des geschlachteten Tieres zeigte, dafs die Muskeln mit in den Erkrankungsprozefs hineingezogen waren. In der Subcutis lagen Herde nicht riechenden, rahmigen Eiters, im Zwerchfell weifsrote, kleine Knoten mit schleimig-eitrigen Inhalt. Andere Knötchen safsen in der Lunge und Pleura. Tuberkelbazillen wurden nicht nachgewiesen, dagegen nicht näher differenzierte Kokken."

Es wurden weder Tuberkelbazillen gefunden, noch wurde der typische histologische Aufbau des Tuberkels nachgewiesen. Es kann demnach nicht sicher angenommen werden, dafs in diesem Falle Hauttuberkulose vorlag.

GOEDECKE (6) teilt in seiner Arbeit über Tuberkulose des Pferdes eine interessante, von ihm selbst beobachtete Hauterkrankung beim Pferde mit.

„Über den ganzen Körper des Pferdes, hauptsächlich jedoch an den Extremitäten, dem Bauche, der Unterbrust und am Schlauche sind zahlreiche Anschwellungen von Haselnufs- bis Taubeneigröfse verbreitet; manche sind scharf umschrieben, manche gehen allmählich in die Um-

gebung über. Sie liegen teils in der Haut, teils ist die Haut darüber verschiebbar; sie sind derb, nicht vermehrt warm und nicht schmerzhaft. Die Lymphgefäfse treten nicht hervor; die äufsere Körpertemperatur ist regelmäfsig verteilt, die innere ist im allgemeinen hochnormal bis geringgradig fieberhaft."

Die mit Tuberkulin vorgenommenen diagnostischen Impfungen hatten positives Resultat. Die rektale Untersuchung ergab haselnufsgrofse, am hinteren Rande der Milz untereinander sitzende, circumskripte, schmerzhafte Knoten. Bei der im hiesigen pathologischen Institute stattgehabte histologischen Untersuchung der Hautveränderungen wurden Epitheloid- und Riesenzellen nachgewiesen. Tuberkelbazillen waren nicht nachweisbar. Die Sektion des getöteten Tieres ergab generalisierte Tuberkulose des Bauchfells, der Milz, der Leber und der Lungen.

Bei dem zutreffenden histologischen Befund und der bestehenden generalisierten Tuberkulose mufs trotz mangelnden Bazillennachweises die Erkrankung als Hauttuberkulose anerkannt werden.

Fally (7) will ebenfalls bei einem Pferde tuberkulöse Hautveränderungen beobachtet haben. Bei einem ausgeschlachteten, früher an Funiculitis botryomycotica operierten Pferde sah man in der Leistengegend eine umfangreiche Geschwulst. Infolge der während des Lebens bestandenen Anämie des Tieres war die Farbe des Fleisches etwas blasser wie gewöhnlich. Das Bauchfell war mit gelbweifsen Granulationen besetzt. Auf den serösen Häuten des Beckens erreichten diese Wucherungen Erbsengröfse. Ebensolche Veränderungen safsen auf dem Brustfell, wo sie jedoch kleiner, durchscheinender und somit viel weniger in die Augen fallend waren. Durch Betasten des Bauchfells konnte man noch sehr viele solcher Knötchen entdecken, die infolge ihrer Transparenz dem Auge entgangen waren. Hier legte sich Verfasser die Frage vor, ob Tuberkulose oder im Anschlufs an die Operation entstandene generalisierte Botryomykose Ursache der Veränderungen wäre. Die Entscheidung dieser wichtigen Frage, die doch eine entsprechende Untersuchung erfordert hätte, traf Fally in oberflächlicher Weise. Er fand den vorliegenden Fall einer von Hendrickx beschriebenen generalisierten Lungentuberkulose ähnlich. Deshalb ist für Fally die Diagnose „Tuberkulose“ gesichert. Nachdem er nun auf diese eigenartige und wenig wissenschaftliche Weise die Natur der Veränderungen erkannt zu haben glaubt, gibt er die Fortsetzung des Sektionsbefundes.

Die Pleura pulmonalis war von einer Unmenge rötlicher, hirsekorngrofser Pünktchen besetzt. Beim Durchtasten der Lunge fühlt man auch die kleinen Granulationsknötchen im Lungengewebe. Die Schnittfläche war von diesen miliaren Tuberkeln übersät. Die Lymphdrüsen der grofsen Körperhöhlen waren vergröfsert, induriert, entzündlich infiltriert, teilweise

käsig entartet und mit Kalkeinlagerungen versehen. In der Leber waren einige grauweifse, haselnufsgrofse, derbe Granulationsknoten vorhanden. Besonders war die Milz Sitz zahlreicher tuberkulöser Herde. Das ganze Unterhautbindegewebe war mit hirsekorngrofsen Tuberkeln durchsetzt. Diese gelblichen, im Zentrum zerfallenen Knötchen, waren besonders zahlreich in der Brustgegend und in der Rippengegend, an den Schultern und der Lendengegend. Die Hautmuskeln waren ebenfalls mit diesen pathologischen Gebilden durchsetzt.

Eine bakteriologische Untersuchung wurde nicht vorgenommen, ebenfalls fehlt eine histologische Befundangabe. Es kann demnach nicht als erwiesen erachtet werden, dafs die Veränderungen in den Organen, den Muskeln und der Haut tuberkulöser Natur waren.

Cadiot (8) berichtet in seinen „Etudes" über einen von ihm beobachteten Fall von Hauttuberkulose beim Pferde:

„Über den ganzen Körper des Tieres waren zahlreiche Geschwülste verstreut, die beim ersten Anblick an Hitzpocken erinnerten, die sich jedoch durch ihre klinischen Eigenschaften davon erheblich unterschieden. Sie waren alle von fibröser Konsistenz. Die meisten lagen in der Unterhaut, einige waren mit der Haut verwachsen. Die korrespondierenden Lymphdrüsen waren hypertrophisch, unter der Haut verschiebbar und von ähnlicher Konsistenz wie die unter der Haut liegenden Knoten, Die zuführenden Lymphgefäfse waren strangförmig geschwollen. Die Schultern, die Seitenbrust, die Flanken, besonders die Kruppe, die Hinterbacken und Innenflächen der Schenkel wiesen erbsengrofse bis fünffrankstückgrofse tumorartige Neubildungen auf. Die linken Leistendrüsen waren hypertrophisch und induriert. Das umgebende Gewebe war ödematös durchtränkt. Sämtliche Veränderungen waren schmerzlos. Die rektale Untersuchung war ergebnislos. Störungen in der Grofshirnfunktion waren nicht vorhanden. Hätten nicht die Veränderungen in Haut und Unterhaut bestanden, so konnte man das Tier für kerngesund halten. Die Mastdarmtemperatur betrug 39,5° C. Der Urin war normal. Die Blutuntersuchung konnte weder in der Verteilung noch in der Beschaffenheit der Blutkörperchen pathologische Veränderungen feststellen. Zur Vornahme einer histologischen Untersuchung wurde ein in der Unterhaut sitzender Knoten exstirpiert. Der histologische Bau war sarkomähnlich.

Nach einmonatiger Arbeit wurde Patient wieder eingestellt. Der Zustand war erheblich schlimmer geworden. Die aufserordentliche Mattigkeit fällt besonders auf. In den Flanken sind die Anschwellungen der Lymphgefäfse verschwunden. Die übrigen knotigen Veränderungen der Haut und Unterhaut waren erhalten, einige dagegen zeigten gröfsere Dimensionen. Die unteren Hals- und Buglymphdrüsen waren hyper-

trophisch und schmerzhaft. Die linke Halsseite und die Schulter derselben Seite waren angeschwollen und empfindlich. Manche Geschwulste verschwanden, andere entstanden neu.

Bei der Sektion des getöteten Tieres zeigten sich die klinisch beobachteten Veränderungen viel umfangreicher generalisiert, als man vorher hätte ahnen können. Im Unterhautbindegewebe lagen zahlreiche, erbsen- bis hühnereigrofse Knoten, die mitunter mit der Cutis verwachsen waren. Sie waren grauweifs, meistens kugelförmig und von fibröser Konsistenz. An einigen Stellen konnte man noch die Spuren der oben erwähnten Lymphgefäfsanschwellungen beobachten. Die am Brusteingang sitzenden Lymphdrüsen waren hypertrophisch und von fester Konsistenz. In manchen Muskeln findet man sklerosierte Stränge und eine grofse Anzahl kleiner, weifser, reiskornähnlicher Knötchen. Die pathologischen Bildungen fanden sich sehr reichlich im Muskulus trapezius, Muskulus rhomboideus, in den Halsstreckern, den schiefen Bauchmuskeln, in den Adduktoren der Hinterextremitäten und in den oberflächlichen Glutäen. Die Leber war dicht mit kleinen grauweifsen Granulationsknötchen durchsetzt, desgleichen die Milz, in der noch drei nufsgrofse tumorartige Neubildungen bestanden. Die Serosa des Magens war ebenfalls mit Granulationen bedeckt. Die geschwollenen unteren Lendendrüsen bildeten eine ovale, faustgrofse Masse; Lunge, Herz, Brustfell, die nervösen Zentren und die Knochen zeigten keinerlei krankhafte Veränderungen.

Die histologische Untersuchung erstreckte sich auf die Muskeln, Leber, Milz und Haut. Die veränderten Muskeln zeigten die Merkmale einer Cirrhosis muscularis tuberculosa. Die Knötchen in der Haut, der Leber und der Milz enthielten eine grofse Anzahl Riesenzellen. Eine grofse Neigung zur fibrösen Umwandlung, besonders der in der Milz sitzenden Knötchen konnte festgestellt werden. Tuberkelbazillen wurden nur in sehr geringer Anzahl gefunden."

Zufolge dieses Berichtes ist es Cadiot gelungen, Hauttuberkulose beim Pferde einwandfrei nachzuweisen.

Zur Lösung der gestellten Aufgaben untersuchte ich das von zwei in der hiesigen internen Klinik behandelten Pferden stammende tuberkulöse Material der Haut. Hinsichtlich der klinischen- und Sektionsbefunde stütze ich mich auf die mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Professor Dr. Malkmus zur Verfügung gestellten Klinikberichte bzw. auf die im pathologischen Institut der hiesigen Hochschule vorhandenen Sektionsberichte.

Technik.

In folgendem gebe ich einen Überblick über die von mir angewandten Methoden zur Untersuchung des vorliegenden Materials.

I. Darstellung der Bazillen in Ausstrichpräparaten.

A. Abschleuderungsmethode:

1. Auflösen der tuberkulösen Hautstücke in Antiformin (50%).
2. Zentrifugieren der Flüssigkeit.
3. Abgießen und Nachfüllen mit Kochsalzlösung (10%).
4. Zentrifugieren.
5. Wie bei 3.
6. Zentrifugieren.
7. Abgießen.

Aus dem auf diese Weise erhaltenen Bodensatz werden Ausstrichpräparate hergestellt.

B. Ligroinmethode:

Die durch Versetzung mit Antiformin erhaltene Flüssigkeit wird mit Ligroin (10%) behandelt. Diese Lösung wird fünf Minuten lang geschüttelt. Es scheidet sich ein grauer Niederschlag aus, der zur Herstellung der Ausstrichpräparate benutzt wird.

Färben der Ausstrichpräparate.

A. Ziehlsche Methode:

1. Karbolfuchsin 10 Minuten: Erhitzen.
2. Schwefelsaures Methylenblau 2 Minuten.

Bazillen sollen leuchtendrote Stäbchen darstellen.

B. Muchsche Methode:

1. Methylviolett 3 Minuten unter Aufwallen.
2. Jodkaliumlösung 2—5 Minuten.
3. Salpetersäure (5%) 1 Minute.
4. Salzsäure (3%) 10 Sekunden.
5. Aceton-Alkohol āā.

Nach dieser Methode sollen die nach Ziehl nicht färbbaren Bazillen als violette Stäbchen, Körnchenreihen und einzelne Granula erscheinen.

II. Darstellung der Bazillen in Schnitten.

Die auf gewöhnliche Weise (Formalin [10%], steigender Alkohol, Toluol, Toluol-Paraffin, Paraffin) hergestellten Paraffinschnitte wurden zunächst zwecks Darstellung der Bazillen im Gewebe nach folgenden Methoden gefärbt.

A. Karbolfuchsin-Salpetersäure-Methode:

1. Karbolfuchsin eine Nacht bei 37° C.
2. 15 Sekunden in Salzsäure (30%) eintauchen.
3. Alkohol, Öl, Balsam.

Bazillen erscheinen als dunkelrote, mitunter granulierte Stäbchen.

B. Karbolfuchsin = Salzsäure + Alkohol-Methode:

1. Karbolfuchsin eine Nacht bei 37° C.
2. Salzsäure-Alkohol (10 : 100) ½—2 Minuten.
3. Abspülen im Wasser.
4. Alkohol, Öl, Balsam.

Bazillen erscheinen als leuchtendrote Stäbchen.

C. Thymenviktoriablau-Kochsalz-Methode:

1. Thymenviktoriablau eine Nacht bei Zimmertemperatur.
2. Abspülen im Wasser.
3. Konzentrierte Kochsalzlösung 5 Minuten abspülen.
4. Alkohol, Öl, Balsam.

Bazillen sollen glatte, blaue Stäbchen darstellen. Gewebe vollkommen blaſs.

D. GRAMsche Schnittfärbung:

1. Anilinwassergentianviolett eine Nacht bei Zimmertemperatur.
2. LUGOLsche Lösung 2—5 Minuten.
3. Entfärben im Alkohol.
4. Alkohol, Öl, Balsam.

Bazillen sollen als violette Stäbchen und Granula erscheinen.

E. WEIGERTS Modifikation der Gramfärbung:

1. Anilinwassergentianviolett 10—15 Minuten.
2. Abspülen in Kochsalzlösung (0,6%).
3. Abtrocknen mit Flieſspapier.
4. LUGOLsche Lösung 1—2 Minuten.
5. Abtrocknen mit Flieſspapier.
6. Entfärben mit Anilinöl.
7. Eintauchen in Xylol zur Entfernung des Anilinöls.
8. Öl, Balsam.

Bazillen stellen violette Stäbchen dar. Gewebe völlig entfärbt.

F. Modifikation nach KROMAYER:

Hier geschieht das Entfärben mit Aceton-Xylol (1—5). Sonst gleich der vorigen Methode.

Die Mikroorganismen, das kollagene Gewebe und Epithel bleiben gefärbt.

G. MUCHsche Methode:

1. Methylviolett 24—48 Stunden bei 37° C, abspülen.
2. Salpetersäure (5%) 1 Minute.
3. Salzsäure (3%) 20 Sekunden. Entfärben in Aceton-Alkohol āā.
4. Öl, Balsam.

Bazillen erscheinen als violette Stäbchen, Körnchenreihen und einzelne Granula.

III. Gewebsfärbungen.

A. Darstellung des Protoplasmas und der Kerne:

a) Hämatoxylin-Eosin-Methode:

1. Hämatoxylin 5—10 Minuten.
2. Auswaschen im Wasser, bis der Schnitt blau erscheint.
3. Eintauchen in Salzsäure-Alkohol bis der Schnitt eine blaſsrote Tinktion angenommen hat.
4. Ammoniakwasser bis der Schnitt wieder blau geworden ist.
5. Auswaschen im Wasser zur Entfernung des Ammoniaks.
6. Gegenfärben in Eosin 5—10 Minuten, abspülen.
7. Alkohol, Öl, Balsam.

Kerne dunkelblau, Protoplasma rot, Granula der eosinophilen Leukocyten leuchtendrot, Hornschicht rot.

b) Polychrome Methylenblaulösung-Glycerinäther-Methode:

1. Polychrome Methylenblaulösung 2 Minuten, abspülen.
2. Glycerinäthermischung 1 : 4 Wasser 2—5 Minuten, sehr gut abspülen.
3. Alkohol, Öl, Balsam.

Granoplasma dunkelblau, Spongioplasma graublau, Kernchromatin und Kernkörperchen dunkelblau, Kernsaft bläulich, Mastzellengranula rot.

c) Karbol + Pyronin + Methylgrün-Methode.

1. Eine Karbol = Pyronin - Methylgrünmischung wird im Wasserbade auf 46° C erhalten. Schnitt 10 Minuten lang hineinlegen.
2. Schnitt rasch abkühlen durch Eintauchen in kaltes Wasser, abspülen.
3. Alkohol, Öl, Balsam.

Granoplasma und Kernkörperchen rot, Kernchromatin blau, Mastzellengranula orangerot, Kollagen und Hornschicht rötlichgrau.

B. Darstellung des Bindegewebs und des Epithels:

Hämatoxylin-VAN GIESON-Methode:

1. Hämatoxylin 10—15 Minuten, abspülen.
2. VAN GIESON, 1—3 Minuten, abspülen.
3. Alkohol, Öl, Balsam.

Bindegewebe rot, Epithel gelbbraun.

C. Darstellung von Elastin, Protoplasma und Kernen.

Angesäuerte Orceïn - polychrome Methylenblaulösung.

Glycerinäthermethode:

1. Angesäuerte Orceïnlösung eine Nacht.
2. Absoluten Alkohol 5 Minuten, abspülen.
3. Glycerinäthermischung 1—2 Minuten, gut abspülen.
4. Polychrome Methylenblaulösung, abspülen.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Protoplasma blau, Kerne hellblau, Mastzellengranula rot. Elastische Fasern braun, die dicken Fasern blau mit schwarzer Rindenschicht.

C. Darstellung der sauren Kerne:

Orceïn-Gentiana + Alaun-Tannin-Methode:

1. Nicht angesäuerte Orceïnlösung 10 Minuten.
2. Alkohol 5 Minuten abspülen.
3. Gentiana + Alaunlösung 2 Minuten abspülen.
4. Spirituöse Tanninlösung 20—30 Minuten, sehr gut abspülen.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Normale Kerne schwach violett, in den sauren Kernen Kernsaft dunkelviolett, in den chromatoliptischen Kernen hell. Das übrige Gewebe blafs. Blutgefäfse durch den Gehalt an sauren Kernen hervortretend.

E. Darstellung des Hyalins:

Hämateïn + Alaun-Safranin-Tannin-Methode.

1. Hämateïn + Alaunlösung 3—5 Minuten.
2. Safraninlösung (1 %) 10 Minuten, abspülen.
3. Tanninlösung (30 %), sehr gut abspülen.
4. Alkohol, Öl, Balsam.

Hyalin leuchtendrot, Keratohyalin dunkelviolett, Hornschicht und Kerne dunkelrot.

Kasuistik.

Fall I.

Hellbrauner Wallach, rechtsseitige Flocke, 3½ Jahre alt, 1,72 m hoch. Das Pferd befindet sich in sehr gutem Ernährungszustande. An der ganzen Körperfläche sind die Haare an zahlreichen Stellen gesträubt und durch ein zu Krusten eingetrocknetes Exsudat miteinander verklebt. Die Borken lassen sich mit den anhaftenden Haaren leicht entfernen, wodurch pigmentlose, glatte und trockene Haut zum Vorschein kommt. An der Berührungsfläche der Hinterbacken, zwischen Unterarm und Unterbrust konfluieren die in der Haut sitzenden Knötchen. Die Haare sind hier fast alle ausgefallen. Eine graue, schmierige, stinkende Masse bedeckt

diese Hautflächen. An verschiedenen Körperstellen bestehen umschriebene und diffuse Umfangsvermehrungen der Haut, die mit kleinen Knötchen besetzt sind. An der rechten und linken Seitenbrust, an der rechten Schulter, an der Kruppe und medial über dem linken Sprunggelenk, zwischen Achillessehne und Muskulatur bemerkt man walnuſs- bis hühnereigroſse, derbe Geschwülste, die mit der Cutis verwachsen und mit ihr über ihrer Unterlage verschiebbar sind. Die rechte Unterbrust ist Sitz einer etwa doppelhandflächengroſsen und ungefähr 5 cm dicken, brettharten Neubildung, die auf der Brustwand nur geringgradig beweglich ist und Schmerzhaftigkeit erkennen läſst. Die die Geschwulst überziehende Haut ist haarlos und mit graubraunen borkigen Auflagerungen belegt. Die Buglymphdrüsen sind hypertrophisch und schmerzhaft.

Die äuſsere Körpertemperatur ist regelmäſsig verteilt, die Mastdarmtemperatur beträgt 38,8° C. Der Puls schlägt 66 mal in der Minute. Er ist gleichmäſsig, regelmäſsig, mittelgroſs und mittelkräftig. Die Atmung geschieht 40 mal in der Minute im kostoabdominalen Typus.

Bei der rektalen Untersuchung konnte ein flacher Knoten am unteren Rande der Milz festgestellt werden. Die ophtalmoreaktive und die subcutane Tuberkulinimpfung hatten positiven Erfolg. (Bis 2° C. Temperatursteigerung.) Der Harn war reich an Albumosen.

Einer heftig auftretenden akuten Druseinfektion erlag später der Patient.

Bei der Sektion findet man an den verschiedenen, oben bereits erwähnten Körperstellen ungleich groſse, derbe Anschwellungen, mit unebener, höckriger Oberfläche. Die Haare fehlen zum gröſsten Teil auf der diese pathologischen Gebilde überkleidenden, mit grauweiſsem, schmierigen Material, vielfach auch mit gelbbraunen Krusten bedeckten Haut. Nach Abstreifung des schmierigen Exsudats bzw. nach Abhebung der krustösen Auflagerungen kann man einzelne etwa hirsekorngroſse Höhlen in der Haut erkennen, die mit grauweiſsem, purisormem Inhalte erfüllt sind.

In der magenähnlichen Erweiterung des groſsen Kolons finden sich zahlreiche follikuläre Abscesse mit klebrigem, graugelben Material, in dem Streptokokken enthalten sind. Die Mucosa der Beckenflexur ist blutig infiltriert und geschwollen.

Die Milz ist stark vergröſsert (45 : 25 : 8) 8 cm, das Gewicht beträgt 4 kg. Auf der Serosa sieht man hirsekorn- bis fünfmarkstückgroſse, graurötliche Granulationen, die derbe Beschaffenheit zeigen. Auf der Schnittfläche zeigen die Bildungen ein scharf begrenztes, rot bis grauweiſses, derbes, halbtransparentes Gewebe.

Das Epikard zeigt graue Flächenwucherungen. Auf dem Endokard beobachtet man strichförmige und flächenartig ausgebreitete, grauweiſse Granulationen.

Die Pleura pulmonalis und costalis sind mit grauroten Filamenten bedeckt, die den Serosen fest aufsitzen. Das Lungengewebe ist von zahlreichen hirsekorn- bis haselnufsgrofsen, grauweifsen Knötchen durchsetzt, die im Zentrum trübe und trocken sind.

Das Netz ist blutig gerötet, zusammengewickelt und mit miliaren, grauroten Granulationen bedeckt. Gestützt auf bakteriologische und histologische Untersuchungen wurden die Veränderungen des Netzes, der Milz, des Dickdarms, der Lunge, des Epi- und Endokards als Tuberkulose angesprochen.

Fall II.

Es handelt sich um ein schweres Arbeitspferd, dessen Ernährungszustand schlecht ist. An den verschiedensten Körperstellen befinden sich linsen- bis faustgrofse Hautverdickungen, die mit der Cutis verlötet sind, keine vermehrte Wärme und keine Schmerzhaftigkeit erkennen lassen. Die an den betreffenden Stellen noch vorhandenen Haare sind gesträubt. Durch Konfluenz vieler Knötchen und Knoten entstehen vielfach höckrige, geschwulstartige Hautverdickungen. Der geschwollene Schlauch ist mit zahlreichen kleinen Knötchen besetzt. An der Cornea sind einzelne umschriebene Trübungen wahrnehmbar. Die äufsere Körpertemperatur beträgt im Mittel 38,5° C. Der Puls schlägt 50 mal in der Minute. Er ist klein, gleichmäfsig und regelmäfsig. Die Atmung geschieht 18 mal in der Minute. Die rektale Untersuchung ergab knotige Verdickungen in der Milz.

Die Tuberkulinimpfung hatte ein positives Resultat.

Bei der Sektion des getöteten Tieres konnte man grauweifse, erbsenbis hühnereigrofse, derbe Knoten in Haut und Unterhaut an verschiedenen Körperstellen beobachten. Auf dem Durchschnitt sieht man, dafs in das schwartige Granulationsgewebe graugelbe, trübe und trockene Herde eingelagert sind.

Die Leistendrüsen, die oberen, mittleren und unteren Halslymphdrüsen zeigen die Merkmale tuberkulöser Entartung.

Die Lunge ist von zahlreichen stecknadelkopf- bis erbsengrofsen, grauweifsen Granulationsknötchen durchsetzt, die die Elemente des Tuberkels erkennen lassen.

Eigene Untersuchungen.

Makroskopischer Befund von Fall I.

Das vorliegende Material stammt von der tumorartigen Hautverdickung der Unterbrust und stellt eine grauweifse, schwielige Granulationsmasse dar. Die ungefähr handtellergrofse Mittelpartie der veränderten Haut ist fast vollkommen haarlos. Gegen die Grenze der normalen Haut wird der

Haarausfall allmählich geringer. Die oben gekennzeichnete zentrale Zone der Haut ist mit bräunlichgrauen Borken bedeckt, die kleine, spärliche, zur Hautoberfläche senkrecht stehende Haare umschliefsen. Entfernt man die leicht abhebbaren, borkigen Auflagerungen, so lösen sich auch die mit ihnen verklebten Härchen los und eine schiefergraue, warzige Hautfläche kommt zum Vorschein, die graubläulichen, hirsekorn- bis stecknadelkopfgrofsen Wärzchen tragen vielfach auf der Höhe eine kraterförmige Einziehung, die sich als Haarbalgöffnung manifestiert. Auf dem Durchschnitt erkennt man dicht unter der Epidermis zahlreiche, grauweifse, kleinste, strichförmige, eine pallisadenartige Aufreihung zeigende Einlagerungen, die mit den Haarbalgöffnungen in Verbindung stehen. Demnach sind sie als erweiterte, mit grauweifser Masse angefüllte Haarbälge anzusprechen. Ferner sieht man in der Nähe der Epidermis liegende, rund bis ovale, etwa stecknadelkopfgrofse, graugelbe Herde, die teilweise ihre trüben, puriformen Inhaltsmassen direkt an die Hautoberfläche entleeren, teilweise noch mit Epidermis überkleidet sind. Die Cutis zeigt ein etwa 1 cm dickes, grauweifses, schwartiges Granulationsgewebe, das einen sehr dichten Faserverlauf erkennen läfst. Die ebenfalls stark gewucherte Unterhaut besitzt eine Mächtigkeit von ungefähr 4 cm und besteht aus grauweifsem, nicht sehr straffen Bindegewebe. Zahlreiche Gefäfse durchziehen das gewucherte Gewebe. An einzelnen Stellen bemerkt man pfennigstückgrofse, rötlich graue Flecke. Das Granulationsgewebe der Haut und Unterhaut ist von zahlreichen hirsekorn- bis kleinerbsengrofsen Herden durchsetzt, deren Peripherie glasig durchscheinend ist und deren Zentrum eine trübe Beschaffenheit aufweist. Viele der noch eben mit unbewaffnetem Auge wahrnehmbaren transparenten Knötchen lassen keine getrübte zentrale Zone erkennen. Durch Konfluenz vieler dieser Bildungen entstehen bis haselnufsgrofse Herde, die aus einer graugelben, homogenen, trüben und trocknen Masse bestehen. Auch die sehr blasse Hautmuskulatur ist von den miliaren Knötchen durchsetzt.

Nachweis der Tuberkelbazillen.

Das aufserordentlich spärliche Vorkommen der Tuberkelbazillen beim Lupus vulgaris des Menschen ist auch in vorliegendem Fall von Hauttuberkulose beim Pferde ein charakteristischer Befund. In zahlreichen nach Ziehl-Neelsen gefärbten Ausstrichpräparaten habe ich nur ein einziges etwa 3 μ langes und $^1/_2$ μ dickes säurefestes Stäbchen finden können. An dem einen Ende war eine knollenförmige Auftreibung zu beobachten. Solche bei Tuberkelbazillen häufige Bildungen wurden von verschiedenen Autoren verschieden aufgefafst. So erklärt man sie als passive Vorgänge und unorganisierte Ablagerungen oder als Hemmungsbildungen infolge mangelnden Raumes bei sonst guten Ernährungsbedingungen.

Die Färbung der Ausstrichpräparate nach Much lieferte bessere Resultate. Die Tuberkelbazillen stellten violett gefärbte Stäbchen und einzeln liegende Granula dar. Ich fand fünf Stäbchen, die 3—4 μ lang waren und mehrere Körnchen. Die Schnittfärbung nach Ziehl-Neelsen konnte nur aufserordentlich vereinzelte Bazillen zur Darstellung bringen. In vielen methodisch durchsuchten Schnitten gelang es mir, nur drei säurefeste, leuchtendrot gefärbte Stäbchen nachzuweisen. Sie waren etwa 3,5 μ lang, $^1/_3$ μ dick und lagen in dem die Tuberkelherde umgebenden Granulationsgewebe. Bereits Koch hat darauf hingewiesen, dafs nicht alle Tuberkelbazillen nach Ziehl färbbar seien. Much gebührt das Verdienst, die nach Ziehl nicht darstellbaren Bazillen mittelst einer besonderen Methode als violett gefärbte Stäbchen und Körnchen der Beobachtung zugänglich gemacht zu haben. So waren denn auch in den nach Much gefärbten Schnitten häufiger violette, 3—4 μ lange Stäbchen, Körnchenreihen und vereinzelte Granula nachweisbar. Die in dieser Weise sich darstellenden Bazillen lagen teils in Tuberkelherden, teils im einschliefsenden Bindegewebe. Um eine objektive Beurteilung der sich färbenden Bazillen zu ermöglichen, habe ich stets Schnitte einer tuberkulösen Pferdemilz in gleicher Weise mitgefärbt.

Nach der von Unna zur Darstellung des Lepraorganismus angegebenen Tymenviktoriablau-Kochsalz-Methode konnte ich keine Tuberkelbazillen sichtbar machen.

Der Tuberkelbazillennachweis im Ausstrich wurde auch durch den positiven Ausfall der im hiesigen pathologischen Institute vorgenommenen Meerschweinchenimpfung erbracht. Bei den mit Hautknoten geimpften Versuchstieren konnte ein aufserordentlich protahierter Krankheitsverlauf beobachtet werden. So gingen drei geimpfte Meerschweinchen erst nach einer 6—8 Monate andauernden Krankheit an generalisierter Tuberkulose ein. Bei einem dieser drei von mir sezierten Meerschweinchen waren Lunge, Milz und Leber von zahlreichen Tuberkeln durchsetzt. Im Ausstrich waren die Tuberkelbazillen nur sehr spärlich vorhanden.

Die Tendenz dieser Bazillen, eine aufserordentlich chronische Krankheit zu verursachen, ist in ihrer geringen Anzahl und wahrscheinlich auch in ihrer geringen Virulenz begründet. Es ist Tatsache, dafs bei der Hauttuberkulose des Pferdes beide oben gekennzeichnete Eigenschaften den Erregern dieser Affektion zukommen. Die Seltenheit der Bazillen in den Hautveränderungen und ihre teilweise Nichtfärbbarkeit nach Ziehl-Neelsen erklären uns zur genüge die Schwierigkeit einer einwandsfreien Diagnose. Die Haut des Pferdes scheint demnach ein für die Entwicklung des Tuberkelbacillus ungünstiges Gewebe zu sein.

Histologischer Befund.

Die Epidermis.

Bevor ich auf die pathologischen Veränderungen eingehe, gebe ich jedesmal bei den einzelnen Teilen der Haut eine kurze normal-histologische Übersicht.

Die normale Epidermis überzieht die Cutis nach eigenen Beobachtungen als gleichmäſsig dicke, im Mittel 40 μ betragende, geschichtete Epithellage, die flächenhaften Charakter zeigt. In beiden vorliegenden Fällen von Hauttuberkulose ist die Epidermis gewuchert. Sie zeigt mitunter eine Mächtigkeit bis zu 200 μ. Die einzelnen Schichten sind ineinandergeschoben und somit nicht mehr zu unterscheiden. Die Oberfläche ist nicht mehr glatt, sondern durch den Andrang der ebenfalls gewucherten Cutis ist es zur Bildung verruköser Erhebungen gekommen, die eine Gröſse bis zu 2,5 mm aufweisen (Fig. 8) und auf der Höhe mitunter zerrissen und zerklüftet sind. (Fig. 2.) Andererseits sind die Reteleisten als mächtige Epithelbalken in die Tiefe gewuchert (Fig. 3a). Ihre Unregelmäſsigkeit und Mächtigkeit erinnert an das Epithelioma carcinomatosum. Atypische Epithelwucherung hat man diese Bildungen bezeichnet. Sie dürften wohl durch die im Tuberkelgift enthaltenen chemischen Stoffe verursacht worden sein. Diese gewucherten Epidermiszapfen tragen an ihren Rändern einen Zellbelag, der noch deutlich die Merkmale des Epithels erkennen läſst, während nach der Mitte zu die Zellen seltener werden, ihre Form spindelartig wird und ihre Interzellularsubstanz zunimmt. An den Zellen der gewucherten Epidermis machen sich häufig Degenerationsprozesse geltend. Homogenisierung und Schwellung der Stachelzellen, kenntlich an der Abblassung des Zelleibes bei basischer Färbung und an dem Gröſserwerden des Zellumfangs, das Auftreten von „sauren“ und „chromatoliptischen“ Kernen in den homogen geschwollenen Zellen sind die Merkmale der leichteren Entartung. Mitunter bemerkt man inmitten der Epithelleisten Perlenbildung (Fig. 3c). Das Zentrum wird von einem dunkel tingierten Kern gebildet, um den sich homogen geschwollene Zellen konzentrisch anordnen. Es ist dies die Epithelperle, die sich von den ebenfalls vorhandenen Hornperlen durch Fehlen von Hyalin und Horn unterscheidet. Von den in die Tiefe gewucherten Reteleisten haben sich öfters eiförmige Stücke abgeschnürt, die im Innern verhornen. Durch Leukocyteneinwanderung zerfällt der Inhalt zu einem körnigen Detritus. An vielen Stellen liegen auf der Epidermis diffus gefärbte Massen (Fig. 2a). Es sind dies Borken, die durch Eintrocknen des an die Oberfläche gelangten Exsudats entstanden sind. Einzelne Epithelbezirke werden von Leukocyten derart überschwemmt, daſs Lockerung der Epithelien, Beimengung der abgelösten Zellen zu dem Cutisinfiltrat und somit vollkommene Verwischung der

Konturen dieser Leisten eintritt. Bei der spezifischen Färbung auf Hyalin (Hamateïn + Alaun-Safranin-Tannin-Methode) zeigen viele Epithelzellen leuchtendrote Einlagerungen.

Sie sind demnach hyalin entartet. Auch das durch seine dunkelviolette Tinktion gekennzeichnete Keratohyalin ist an verschiedenen Stellen der Epidermis zu beobachten.

Die Haarbälge.

Die normal eingestülpte Epidermis bildet mit ihren sämtlichen Schichten die Wand der Haarbälge. Die cylinderförmigen Haarscheiden haben einen etwa 50 μ betragenden Querdurchmesser; etwa 1 mm tief senken sie sich in das Cutisgewebe ein, dicht von elastischen Fasernetzen umsponnen und am tiefsten in der Cutis gelegenen Ende die sogenannte Haarpapille bildend. Das eingesenkte Haar ist dicht von der Scheide umschlossen und steht zur Hautoberfläche in einem spitzen Winkel.

Wie das Deckepithel, so ist auch das Epithel der Haarbälge in Wucherung geraten. (Fig. 2, I und C, II.) Die verdickten Scheidenwände verlegen mitunter das Lumen; auch die durch Wucherungsvorgänge entstandenen Knickungen der Haarbälge führen einen Verschlufs der Ausgangsöffnung herbei, so dafs bei der vermehrten Talgbildung und den den Haarbalgmündungen aufliegenden Krusten ein genügender Abflufs der Talg massen nicht statthaben kann. Die in den erweiterten Haarbälgen retinierten Talgmassen zerfallen und führen so zu entzündlichen Prozessen in den Haarscheiden. Die chemotaktisch angelockten Leukocyten gehen bald zugrunde. So entsteht eine körnige Detritusmasse. Die Wand des Haarbalges wird von innen her eingeschmolzen, die Epithelstruktur geht verloren, die Zellen werden durch den Innendruck abgeplattet. In diesem Stadium kann ein von einer Bindegewebskapsel umschlossener Abscefs vorgetäuscht werden. Auch mit körnig zerfallenen Tuberkelherden können diese Bildungen verwechselt werden. Mitunter kann man die Natur dieser Bildungen nur noch an den einmündenden Talgdrüsen erkennen. (Fig. 1,e.) Allmählich wird auch die letzte Epithelumrandung zerstört, und der puriforme Inhalt der Haarbälge entleert sich an die Oberfläche der Haut. In den hochgradig veränderten Haarbälgen sind meistens keine Haare mehr vorhanden. Mitunter sieht man noch kümmerliche Trümmerreste der bröcklich zerfallenen Haare locker in der Scheide liegen. (Fig. 2d.) Die mit dem Wucherungsprozefs Hand in Hand gehende Verbildung der Haarscheiden prägt sich in zwei Haupttypen aus. Bei manchen erscheint nur das untere Drittel kolbig aufgetrieben und mit detritem Inhalt gefüllt, (Fig. 2,c II), während das obere Drittel und die Mündung der Haarscheide an die Hautoberfläche nur verhältnismäfsig wenig erweitert ist. Dies sind die makroskopisch sichtbaren, pallisadenförmig aufgereihten, strichförmigen

Herde. Andere dagegen werden in ihrer ganzen Ausdehnung, von der Epidermisoberfläche bis zu ihrem Grunde, cylinderartig erweitert (Fig. 2e). Der gröfste von mir gemessene Querdurchmesser der in dieser Weise gewucherten Haarbälge betrug 1,5 mm. Da auch das Deckepithel durch den Wucherungsprozefs der Haarbalgwand auseinandergerückt ist und so der eiterähnliche Inhalt direkt zutage tritt, wird ein ulceröser Prozefs vorgetäuscht. (Fig. 2c II.) Bei der makroskopischen Befundaufnahme wurden diese Bildungen als rundliche und ovale, grauweifse Herde geschildert, die ihre puriformen Inhaltsmassen an die Oberfläche der Haut entleerten.

Die Talgdrüsen.

Die normalen Talgdrüsen liegen neben den Haarscheiden, von derem oberen Drittel bis zur Mitte sich hinziehend. Sie bestehen aus fünf bis zehn einzelnen Drüsenpaketen, die untereinander in Verbindung stehen und einen Durchmesser von 34—50 μ besitzen. Das Epithel des Ausführungsgangs stammt von der epithelialen Auskleidung der Haarscheidenwand, wie überhaupt das ganze Drüsenepithel als Fortsetzung des Epithels des Haarbalges anzusehen ist. Die Zusammengehörigkeit dieser Zellenarten erhellt auch aus der gleichen Art, wie sie auf die einwirkende Schädlichkeit reagiert haben. Deckepithel und Haarscheidenepithel wurden durch die schädigende Einwirkung des Tuberkelvirus zu ausgedehnten Wucherungsprozessen veranlafst. Die Vergröfserung der Talgdrüsen ist auch auf die Gegenwart des Tuberkelbacillus und seiner Toxine zurückzuführen. Die Zellen der Drüsen haben an Gröfse und Zahl zugenommen. Hypertrophie und Hyperplasie bestehen somit nebeneinander. Die Talgproduktion ist vermehrt. Die im normalen Zustand traubenförmige Anordnung ist verloren gegangen. Eine strangartige Tiefenwucherung hat stattgefunden. (Fig. 4a.) Mitunter kann man noch 1 cm unter der Epidermis Durchschnitte der gewucherten Talgdrüsen beobachten. Abgeschnürte Teile der Drüsen werden vielfach von Leukocytenwällen umschlossen. Rundzellen dringen auch in das Drüsenstück ein und versuchen den als Fremdkörper wirkenden Gegenstand zu beseitigen.

Die Schweifsdrüsen.

Die Schweifsdrüsen stellen in vielen Windungen liegende Drüsenschläuche dar, die dicht unter den Haarpapillen liegen, und deren einzelne Knäuel 0,25—0,5 mm betragen. Das sezernierende Drüsenrohr besteht aus einer einfachen Lage cylindrischer oder kubischer Zellen mit grofsen, runden, basalwärts gelegenen Kernen und feinem Protoplasma, die nach innen den Sekretionsgang begrenzen und denen aufsen eine Membran propria aufliegt. Der ausführende Gang zeigt zweischichtiges Epithel und ein geringeres Lumen als der sezernierende Teil der Drüse. Im Gegen-

satz zu den Talgdrüsen sind die Schweiſsdrüsen atrophisch geworden. Sie sind ganz in die Tiefe des gewucherten Cutisgewebes gedrängt worden, wo sie als spärliche kleine Knäuelchen zu beobachten sind. Durch Dazwischendringen des Granulationsgewebes haben sich mitunter die Knäuel gelockert, so daſs die Drüsenschläuche mehr und mehr ihre Windungen verloren haben. Das Versenken der Schweiſsdrüsen in die Tiefe des verdickten Cutisgewebes ist wohl darauf zurückzuführen, daſs die Bindegewebswucherung hauptsächlich zwischen der Epidermis und der betreffenden Drüsenlage stattgefunden hat. Schlechte Ernährung und der Druck des von allen Seiten andringenden Granulationsgewebes mögen wohl gemeinsam die Atrophie der verlagerten Knäueldrüsen bewirkt haben.

Die Cutis.

Die normale Cutis des Pferdes läſst keine Unterscheidung in eine Pars papillaris und eine Pars reticularis zu. Sie besteht aus einem Maschenwerk von faserigem Bindegewebe, das lamelläre Anordnung zeigt. In den höheren, der Pars papillaris beim Menschen entsprechenden Schichten ist das bindegewebige Gefüge sehr fein und reich an elastischen Fasern, während das der Pars reticularis entsprechende Cutisgewebe derbere kollagene und elastische Elemente aufweist. Die Cutis geht ohne scharfe Grenze in die Subcutis über. Letztere stellt ein weitmaschiges bindegewebiges Flechtwerk dar, das in seinen Maschen Fettzellen einschlieſst. Elastisches Gewebe durchsetzt, von den Hautfacien kommend, Cutis und Subcutis als ein elastisches Netzwerk von langgestreckten oder geschlängelten Fasern, die die Bindegewebsbündel umspinnen und häufig untereinander im Zusammenhang stehen. Unter der Epidermis bilden sie eine etwa 15 μ dicke Membrana elastica. Auch zu den in die Haut eingelagerten Organen tritt das elastische Gewebe in nahe Beziehung. Die Talgdrüsen und die Haarbälge werden von dichten elastischen Netzen umsponnen. Die Schweiſsdrüsen lassen nicht immer eine umkleidende elastische Membran erkennen. Die Gefäſse der Haut tragen eine zwischen Adventitia und Media liegende Tunica elastica externa und eine zwischen Media und Intima sich ausbreitende Tunica elastica interna.

Die normal etwa 2 mm dicke papillenlose Cutis hat im vorliegenden Fall von Hauttuberkulose eine Mächtigkeit von über 1 cm. Das gewucherte Gewebe zeigt ausgesprochene Papillenbildung (Fig. 1a). Die Gesetzmäſsigkeit in der Anordnung und Verteilung der kollagenen Elemente, wie sie der normalen Cutis eigen ist, ist verloren gegangen. Das Granulationsgewebe besteht aus zahllosen Fasern. Die warzenförmigen Cutiswucherungen zeigen eine Höhe bis 2,5 mm. Der Übergang der veränderten Cutis in das ebenfalls gewucherte Unterhautbindegewebe vollzieht sich ohne deutliche Grenzmarkierung. Das Gefüge des verdickten Unter-

hautbindegewebes, das eine Stärke bis zu 4 cm besitzt, ist lockerer als das der Cutis. Advéntitia, Media und Intima der Gefäſse zeigen ebenfalls lebhafte Wucherungserscheinungen. Perithelien und Endothelien der Kapillaren sind besonders von dieser pathologischen Wachstumsenergie betroffen. Der entzündliche Prozeſs besteht an allen Schichten der Gefäſse (Fig. 5). Diese Tatsache hat man in der Veterinärmedizin häufig beobachtet, während in der Humanmedizin meistens nur einzelne Schichten der Gefäſse entzündlich verändert gefunden wurden. Das in organischer Verteilung das normale Cutisgewebe durchziehende Elastin ist fast ganz geschwunden. Man sieht nur noch spärliche, längere oder kürzere Fasern regellos in das veränderte Gewebe eingelagert. Von der Membrana elastica subepitheliale bestehen nur noch Trümmerreste. Die um die Haarbälge, Talgdrüsen und Schweiſsdrüsen sich ausspannenden Netze elastischer Fasern sind teils zerrissen, teils ganz geschwunden. In den kleinen Gefäſsen kann man kein elastisches Gewebe mehr erkennen. In den gröſseren ist meist die Tunica elastica externa zersplittert, während die Tunica elastica interna noch fast intakt erscheint. Man kann also deutlich das Fortkriechen des Prozesses von auſsen nach innen verfolgen. Dicht unter der Epidermis bestehen in der Cutis teils diffuse, teils mehr circumskripte Rundzelleninfiltrationen, die mit dem bereits oben erwähnten Ekzem im Zusammenhang stehen. Ferner kann man noch verschiedene andere Zellenarten in das Cutisgewebe eingestreut finden. Eosinophile Leukocyten, polynukläre Leukocyten, Mastzellen, „groſse Plasmazellen", „kleine Plasmazellen" und homogen geschwollene Zellen. Letztere Zellarten werden noch bei der Besprechung des Tuberkels näher. gekennzeichnet. Das Granulationsgewebe der Haut und Unterhaut ist von zahlreichen Tuberkeln durchsetzt. die Form ist nicht immer die typisch kugelige. Unter dem Druck des einwirkenden Bindegewebes sind rechteckige, ovale, spindelfömige und andere Formen des Tuberkels entstanden. Besonders reichlich sind sie in den tieferen Schichten der Cutis und der Subcutis. Gelegentlich beobachtet man verschiedene von einer gemeinsamen Bindegewebskapsel umschlossene tuberkulöse Zellherde. An einigen Stellen liegen zwischen den Gewebsfasern kleinere und gröſsere Mengen von roten Blutkörperchen.

Der Hauttuberkel.

Die nach Pappenheim-Unna gefärbten Schnitte eignen sich am besten zum Studium der im Tuberkel enthaltenen Zellarten. Man sieht rotgefärbte, spindelförmige, protoplasmareiche Zellen, die einen grobmaschigen dunkelblau tingierten Kern besitzen, der runde bis ovale Form zeigt und ein zentral liegendes, dunkelrot gefärbtes Kernkörperchen aufweist. Nach Unna sind diese Zellformen die Grundelemente des Tuberkels. Beim Aufbau des Hauttuberkels sind ferner groſse runde und kubische, grano-

plasmareiche Zellen beteiligt, deren runder und ovaler, häufig wandständiger Kern ein grobbalkiges, viele Chromatinkörner einschliefsendes Chromatinnetz zeigt. Im Mittel beträgt der Durchmesser der Kerne 5 μ. Das Protoplasma des Zelleibs erscheint bei der oben angegebenen Färbemethode rosarot; das Chromatin des Kernes dunkelblau, der Kernsaft blau, das Kernkörperchen weist eine dunkelrote Tinktion auf (Plasmazellen UNNAS). Nach UNNA sind diese Zellen als einseitig hypertrophierte Bindegewebszellen aufzufassen, deren körniges Protoplasma maximal vermehrt ist und deren Form durch Einziehung der Ausläufer eine vollkommene Abrundung erfahren hat. Die weitere Entwicklung dieser Plasmazellen aus Perithelien und Endothelien kann man bei jüngster Tuberkelanlage erkennen. Durch Einwirkung des Tuberkelvirus hypertrophieren einzelne zusammenliegende Kapillaren, wodurch unter Schwund der Kapillarnatur eine Plasmazellenhäufung entsteht. Die gewucherten Endothelien und Perithelien sind demnach zu Plasmazellen geworden. Im Tuberkel erkennt man ferner kleine, runde, protoplasmaarme Zellformen, deren chromatinhaltiger Kern im Mittel 2,5 μ grofs. An Zahl sind sie allen andern im Tuberkel vorkommenden Zellarten überlegen. Diese Zellen wurden mehrfach als Lymphocyten angesprochen. UNNA leitet sie von den Plasmazellen ab, aus denen sie durch Atrophie oder durch Teilung entstehen sollen. Kleine Plasmazellen bzw. Plasmatochterzellen nannte er sie demgemäfs. Durch eigene Beobachtung verschiedener Abschnürungsstadien kann ich die Entstehung dieser kleinen Zellen aus grofsen Plasmazellen bestätigen. Der Kern der Plasmazelle wird oval, alsdann entsteht an einem Ende ein Schnürring, der immer deutlicher sich ausprägt, bis das Endstück des Kernes losgelöst ist. Nun ziehen beide Kerne die an der Teilungsstelle durch die Einschnürung entstandenen Fortsätze ein und umgeben sich mit dem ebenfalls geteilten Protoplasma der Mutterzelle. Diese neu entstandene Zelle zeigt dieselben Eigenschaften, wie die oben beschriebenen kleinen Zellarten. Die im Tuberkel auftretenden homogenen Zentren werden oft von diesen drei Zellarten: Spindelzellen, grofsen und kleinen Plasmazellen umschlossen.

Die Einwirkung des Tuberkelvirus auf die Zellen äufsert sich in verchiedenen Degenerationsformen des Zelleibes und des Zellkerns. Die geringe Widerstandsfähigkeit des Protoplasmas gegenüber dem Tuberkelgift kennzeichnet sich in Homogenisierung und nachfolgender Schwellung des Zelleibes, ohne dafs der Kern nachweisbare Veränderungen zeigte. Allmählich aber werden auch die Kerne betroffen. Sie vergröfsern sich in den Spindelzellen in einer bestimmten Richtung, so dafs ovale bis cylindrische Formen entstehen. Der Kernsaft wird stark sauer. Ein feines Chromatinnetz durchzieht den ganzen Kern, in dessen Mitte ein normal gefärbtes Kernkörperchen seinen Sitz hat. In den nach PAPPENHEIM-

Unna tingierten Schnitten erschienen die sauren Kerne rot, die Kernkörperchen dunkelrot. Bei der spezifischen Färbung auf saure Kerne (Orceïn = Gentiana + Alaun - Tannin - Methode) erscheint der Kernsaft dunkelviolett in den sauren Kernen, während die normalen Kerne schwachviolett sind. Die sauren Kerne der homogen geschwollenen Plasmazellen sind rund, sonst zeigen sie dieselben Eigenschaften wie die der Spindelzellen. In den homogen geschwollenen Zellen kann man ferner blaſsblaue, in der Form der vorigen ähnliche Kerne beobachten, deren Kernmembran deutlich hervortritt, und deren Kernkörperchen dunkelrot ist. Der Mangel an saurem Kernsaft und der Niederschlag des spärlich vorhandenen Chromatins auf die Kernwand bedingen das tinktorielle Verhalten der entarteten Kerne. Unna nennt sie chromatoliptisch (Mangel an Chromatin); der maximale von mir gemessene Längsdurchmesser eines chromatoliptischen Kernes einer Spindelzelle betrug 20 μ. Saure und chromatoliptische Kerne findet man auch in den Plasmazellen, die regellos in der gewucherten Cutis und Subcutis liegen. Die sauren und chromatoliptischen Kerne der homogen geschwollenen Spindelzellen sind oval bis cylinderförmig, die der entarteten Plasmazellen dagegen bläschenförmig. Summiert man nun die einzelnen Eigenschaften der homogen geschwollenen Plasmazellen — groſse und runde Zellen mit feinkörnigen fast homogenen Protoplasma und bläschenförmigen hellen Kerne —, so hat man die Definition der epitheloiden Zelle heutiger Autoren. Durch Konfluenz dieser verschiedenen Zellen entstehen Riesenzellen. Die Heterogenese der Riesenzellen erkennt man an den verschiedenartigen in ihnen enthaltenen Kernen. Man kann normale Plasmazellenkerne, saure und chromatoliptische Kerne von Spindelzellen und Plasmazellen in den Riesenzellen beobachten. Mitunter findet man auch solche Riesenzellen, die nur gleichartige Kerne aufweisen. Man kann sie sich aus Zellen entstanden denken, deren Kerne nur noch die Fähigkeit der Teilbarkeit besaſsen. Auſser in verhältniſsmäſsig jungen Herden sind Riesenzellen selten zu beobachten. Bei der Hauttuberkulose des Pferdes scheinen sie also schnell unterzugehen.

Bei den mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Schnitten kann man runde Zellen mit leuchtendrotem Protoplasma und blauem, dunklem Kern beobachten. Es sind dies die eosinophilen Leukocyten. Sie sind spärlich vorhanden und liegen meist in dem die Herde umschlieſsenden Bindegewebe. Gelapptkernige neutrophile Leukocyten sind sehr selten. Bei der spezifischen Mastzellenfärbung (Polychrome Methylenblaulösung-Glycerinäther-Methode) erkennt man die rote Granula in runder, ovaler und spindelförmiger Anordnung, in deren Mitte meist ein dunkelblauer Kern liegt. Die einzelnen Granula sind sehr fein und sind den sogenannten Mastzellen eigen. Diese metachromatischen Zellen liegen spärlich in den eigentlichen Herden, dagegen sind sie häufig im abschlieſsenden Binde-

gewebe anzutreffen. Bei der Färbung nach PAPPENHEIM-UNNA sieht man sehr selten orangerote, ziemlich grobe Granula, die einen blauen Kern umschliefsen und nur in Kreisform auftreten. Nach UNNA sollen diese Mastzellen darstellen. Die Seltenheit der letzteren, ihre grobe Granulierung und ihre ausschliefsliche Anordnung in Kreisform lassen uns erkennen, dafs beide letzteren Zellarten nicht identisch sein können.

Die in den meisten veterinärmedizinischen Werken noch dominierende Lehre von der Gefäfslosigkeit des Tuberkels mufs ich nach meinen Beobachtungen als falsch bezeichnen. Häufig fand ich in den Herden Kapillaren, die mehr oder weniger gewuchert waren; in manchen konnte ich noch rote Blutkörperchen nachweisen. Die Erythrocyten liegen mitunter reihenweise zwischen den Zellen des Tuberkels. Die Annahme liegt nahe, dafs die entsprechenden Kapillaren vollkommen zu Plasmazellen geworden sind. In einem Herde habe ich ein Gefäfs feststellen können, das 100 μ im Durchmesser stark war. Die Adventitia war geschwollen und ging undeutlich in das umgebende Zellkonglomerat über. Die Media war 13 μ dick; das ganze 87 μ im Durchmesser betragende Gefäfslumen war nahezu von gewucherten Endothelien ausgefüllt. Im Bereiche der Zellwucherung bei der Tuberkelbildung schwindet nach und nach das elastische Gewebe. In jungen Herden findet man häufig noch feine, längere oder kürzere elastische Fasern zwischen den Zellen liegen. Im Zentrum verkäste Tuberkel bergen sehr selten Elastin. Aus elastischen Fasern bestehende Zelleinschlüsse konnte ich nicht nachweisen.

Die Zellenwucherung beim Beginn der Tuberkelbildung wird bald durch Umwallung mit spindelförmigen Elementen umgrenzt. Zentrale Homogenisierung und Verkäsung zeigen die beginnende Degeneration des Tuberkels an, die im körnigen Zerfall ihren Höhepunkt erreicht.

Das von Fall II vorliegende Material besteht in einigen im Paraffin eingebetteten tuberkulösen Hautstücken. Wollte ich auch hierbei den histologischen Befund angeben, so bedeutete dies eine Wiederholung des bereits gesagten.

Ergebnisse.

1. Die Tuberkelbazillen sind in den von ihnen geschaffenen Veränderungen der Haut beim Pferde aufserordentlich spärlich enthalten. Nur ein Bruchteil davon sind nach ZIEHL-NEELSEN darstellbar, während die MUCHsche Färbemethode weit bessere Resultate ergibt.
2. Die Verdickung der Haut und die Ekzembildung prägen das klinische Bild (Lupus vulgaris beim Menschen bzw. Lupus hypertrophicus.)
3. Die Cutis ist warzenförmig gewuchert (Tuberculosis verrucosa cutis).
4. Die Epidermis ist verdickt und teilweise auf den papillomatösen Cutiserhebungen zerrissen (Tuberculosis verrucosa cutis).

5. Die Reteleisten sind in die Tiefe gewuchert (atypische Epithelwucherung). Auch diese Prozesse beoachtet man beim Lupus vulgaris des Menschen.
6. Die Haarbälge sind gewuchert und zeigen mitunter völlige Verbildung und Anfüllung mit puriformem Material. (Die erweiterten Haarscheiden sind mit puriformem Material angefüllt.)
7. Die Schweifsdrüsen sind atrophisch geworden und in die Tiefe des Granulationsgewebes gedrängt worden.
8. Die Talgdrüsen sind strangförmig gewuchert.
9. Der Hauttuberkel des Pferdes besteht aus Spindelzellen, grofsen und kleinen Plasmazellen und ihren Degenerationsformen. Riesenzellen sind selten.

   Eosinophile Leukocyten, neutrophile Leukocyten und Mastzellen sind ebenfalls in den Tuberkelherden nachweisbar.
10. Der Hauttuberkel des Pferdes ist nicht gefäfslos.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. D. Dr. Rievel für die Überweisung des Themas und für die mannigfachen Anregungen auch an dieser Stelle meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Tafelerklärung.

1. Dieses Bild zeigt einzelne, deutlich ausgeprägte papillomatöse Cutiswucherungen (*a*) mit der sie überkleidenden verdickten Epidermis (*b*). Links unten erkennt man die Durchschnitte zweier mit puriformem Material gefüllten Haarscheiden (*e*). Die Epithelumrandung ist noch deutlich. Die einmündenden Haarbalgdrüsen (*f*) sind mäfsig gewuchert. Links oben erkennt man circumskripte und mehr diffuse Rundzelleninfiltrationen (*g*); die im Längsschnitt getroffenen Haarscheiden (*c*) zeigen deutliche Tiefenwucherung.

2. Hier soll die Zerrissenheit der gewucherten Epidermis gezeigt werden. Auf einzelnen Epidermiserhebungen sieht man krustöse Auflagerungen (*a*). Die im Längsschnitt getroffenen Haarscheiden (*c* und *e*) zeigen deutlich deren Erweiterungen und Verbildungen. Körniger Detritus ist in ihnen enthalten. Die Haare sind meist ausgefallen, nur der gröfsere, links gelegene Haarbalg (c_1) enthält noch Trümmerreste eines Haares (*d*). Bei *C II* erkennt man den Querschnitt eines gewucherten und mit puriformem Material gefüllten Haarbalges. Der am weitesten rechts gelegene Haarbalg (*e*) läfst keinen Inhalt mehr erkennen.

3. Atypische Epithelwucherung (*a*) mit Perlenbildung (*c*). Komplizierendes Ekzem mit Krustenbildung (*b*) an der Oberfläche. Die helleren Stellen (*d*), die in die dunklen Epidermisspangen eingelagert sind, bestehen aus zelligem Bindegewebe.

4. Der in der Mitte oben liegende, mit körnigem Detritus erfüllte Herd (*e*) stellt den Querschnitt eines veränderten Haarbalges dar. An den Seiten und oben kann man noch deutlich die Haarbalgwand erkennen. Unten bei c_1 ist sie bereits ganz eingeschmolzen worden. Hier besteht auch zellige Infiltration. Das links davon liegende Gebilde (*b*) mit dem hellen, elipsenförmigen Mittelfleck ist ein gewucherter Epidermis-

zapfen. Die darunter liegenden grauen, schlauchartigen Zeichnungen (*a*) stellen die in die Tiefe gewucherten Talgdrüsen dar.

5. Arteriendurchschnitt. Die gewucherte Adventitia (*c*) geht ohne scharfe Grenzen in das umliegende Gewebe über. Die Tunica elastica externa (*f*) ist aufgesplittert. Die Media (*a*) ist verdickt. Die Tunica elastica interna (*e*) ist noch gut erhalten. Das gewucherte Endothel (*d*) ist teilweise ans Gefäſslumen abgestoſsen. Die zahlreichen kleineren Gefäſse (*b*), die im Umkreis des eben besprochenen liegen, befinden sich ebenfalls im Stadium der Wucherung.

6. In das Cutisgewebe eingestreute Tuberkelherde. In der Mitte erkennt man zwei von gemeinsamer Bindegewebskapsel umschlossene Herde (*b*); *c* stellt eine Riesenzelle dar. Der am weitesten rechts liegende Tuberkel (*a*) ist noch ziemlich jung. Zentrale Aufhellung ist an ihm noch nicht zu bemerken. Die links davon liegenden (*b*) zeigen bereits Verkäsung. Der dunkle Herd bei *d* stellt ein körnig zerfallenes Tuberkel dar.

Literaturverzeichnis.

1. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1910. Nr. 46.

2. Unna, *Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.* Heft 8. Hamburg und Leipzig 1906.

3. Dürck, *Spezielle pathologische Histologie.* München 1901.

4. Heller, *Die vergleichende Pathologie der Haut.* Berlin 1910.

5. Jarisch, *Die Hautkrankheiten.* Wien 1910.

6. Goedecke, *Die Tuberkulose des Pferdes.* Hannover 1909.

7. *Annales de médecine vétérinaire.* Paris 1901.

8. Cadiot, *Etudes de Pathologie et de Clinique. Recherches Expérimentales.* Paris 1899.

Aus der Grazer Dermatologischen Klinik. Vorstand: Prof. Matzenauer.

Urticaria chronica papulosa bei Pseudoleukämie.

Von

Privatdozent Dr. R. Polland.

I. Assistent der Klinik.

Bei Leukämie, und zwar wohl immer nur bei der lymphatischen Form, und besonders bei Pseudoleukämie wurden nicht selten verschiedene Veränderungen auf der Haut beobachtet, die entweder einen mehr diffusen Charakter haben und dem chronischen Ekzem ähnliche Bilder geben, mit starker Verdickung der Haut, Nässen, Schuppen, Rhagadenbildung usw., oder aber in Gestalt mehr umschriebener tumorartiger Gebilde auftreten, die sich vornehmlich im Gesicht lokalisieren

(KREIBICH), von verschiedener Gröfse und weicher Konsistenz sind und nie exulcerieren.

Die Hautaffektionen bei Leukämie und besonders bei Pseudoleukämie zeigen aber in der Regel durchaus keinen einheitlichen Charakter, und es sind schon die verschiedensten Hautveränderungen bei diesen Krankheiten beschrieben worden, besonders bei Pseudoleukämie, während bei echter Leukämie die Haut seltener mitbeteiligt erscheint. So beschreiben WAGNER und JOSEPH Fälle, in denen es zur Bildung stark juckender Prurigo-ähnlicher Effloreszenzen kam; ARNING und UNNA beobachteten derbe, flach erhabene, gelbbräunliche, wachsartig transparente Knoten an der Nase, den Augenlidern, den Lippen, dem behaarten Kopf, vereinzelt auch an den Extremitäten. ARNING beschrieb ähnliche Tumoren auch an der Mund- und Rachenschleimhaut, ferner im Gesicht, unter der Haut und auch in den Muskeln, an Hals und Armen, von verschiedener Gröfse.

FALKENTHAL sah hirsekorn- bis erbsengrofse, sehr schmerzhafte Geschwülstchen im Corium der Haut des Kopfes, der Brust, des Bauches, der Oberschenkel in grofser Menge, FRÖHLICH haselnufsgrofse, derbe, braunpigmentierte Tumoren an den Augenlidern, an der Stirn usw. WESTPHAL wieder beschrieb eine ekzemartige, trockene, schuppende Form, PETER eine der Pityriasis rubra ähnliche Dermatitis. WASSERMANN berichtet über eine eigentümliche, mit Atrophie und Rhagadenbildung einhergehende Affektion, die fast an das Bild der Sklerodermie gemahnt. PFEIFFER sah in einem Fall eine aufserordentlich diffuse Verdickung der Haut, vornehmlich des Gesichts, so dafs es zu einer Facies leontina kam.

Wie man schon aus dieser kurzen Übersicht entnehmen kann, finden sich bei Leukämie und besonders bei Pseudoleukämie sehr mannigfaltige Hautveränderungen; wir hatten nun kürzlich Gelegenheit, bei einem Patienten, der an Pseudoleukämie litt, eine bisher bei dieser Krankheit noch nicht beschriebene Hautveränderung zu beobachten, nämlich eine chronische papulöse Urticaria, eine Art Urticaria perstans (PICK). Diese Krankheit ist keineswegs häufig, und da ihr Auftreten in unserem Fall höchst wahrscheinlich mit der bestehenden Erkrankung des Lymphdrüsenapparates in Verbindung gebracht werden mufs, so sei eine kurze Beschreibung des Falles gestattet.

Ein 59jähriger Landwirt aus Mittelsteiermark litt seit zwei Jahren an einem allgemeinen, stark juckenden Hautausschlag. Vor acht Jahren bemerkte er, dafs einzelne Lymphdrüsen sich zu vergröfsern begannen. Im Laufe dieser acht Jahre erreichten diese Drüsengeschwülste eine beträchtliche Gröfse, ohne besondere Beschwerden zu machen; nur gibt Patient an, dafs er zeitweilig an Fieberanfällen leide. Andere wesentliche Erkrankungen hat er nicht durchgemacht und sucht jetzt das Spital nur

auf, um sich ein grofses Lipom zwischen den Schulterblättern entfernen zu lassen, da es ihn störte.

Der Mann war für sein Alter recht rüstig, sah aber etwas leidend aus, und namentlich seine blasse, ins Graue spielende Gesichtsfarbe war auffallend. Beiderseits am Halse, in den Achselhöhlen, Schenkel- und Leistenbeugen finden sich haselnufs- bis ganseigrofse, ganze Pakete bildende weiche, allseits verschiebliche, nicht empfindliche, keine Zeichen akuter Entzündung tragende Tumoren. Die Milz ist beträchtlich vergröfsert; die Dämpfung reicht bis handbreit unter den Sternalrand. Sonst an den inneren Organen kein bemerkenswerter Befund.

Wiederholte von mir und der medizinischen Klinik vorgenommene Blutuntersuchungen ergaben etwa $3^{1}/_{2}$ Millionen Erythrocyten und einen Hämoglobingehalt von 50—60%; die Zahl der Leukocyten schwankte zwischen 8—12000, überschritt jedenfalls nie 15000. Abnorme Zellformen fanden sich kaum vor.

Diese Symptome formen sich eindeutig zum Bild der Pseudoleukämie; dazu passen auch die zeitweisen Fieberanfälle, die dem Typus des „chronischen Rückfallfiebers" nach Ebstein entsprechen. Die Erkrankung zeigte einen relativ gutartigen Verlauf.

An der Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme des Gesichts bemerkt man einmal zahlreiche bräunlich pigmentierte Flecke von etwa Linsengröfse, die, ohne einen besonderen Lokalisationstypus erkennen zu lassen, ziemlich gleichmäfsig über die Haut zerstreut sind. Dazwischen sah man zahlreiche linsengrofse flache Knötchen, die meist zerkratzt und mit Blutborken bedeckt, oder mit Hinterlassung einer Pigmentierung und einer zarten Narbe abgeheilt waren. Dann aber waren auch noch andere Effloreszenzen zu sehen, die offenbar frisch waren, nämlich hellrote bis gelbliche, runde, hellergrofse, oft von einem anämischen Hof umgebene Quaddeln, die meist in der Mitte ein ganz kleines Bläschen oder ein Börkchen als Residuum des Bläschens erkennen liefsen. Diese Effloreszenzen traten augenscheinlich nach dem Entkleiden noch deutlicher hervor und verursachten nach Angabe des Patienten heftiges Jucken. Sie fanden sich zwischen den alten Effloreszenzen allenthalben verstreut und verschonten auch die Hände und Finger nicht.

Die Effloreszenzen machten im Verlauf unserer Beobachtung folgende Veränderungen durch: Sie wurden sehr bald zerkratzt und es entstand ein Blutbörkchen; die hellroten Quaddeln sanken ein, es blieb ein mehr grau gefärbter Kreis zurück, der sich bald pigmentierte. Die Pigmentierung blieb lange bestehen; es war aber nach einigen Wochen deutliches Abblassen des Pigments zu bemerken, und ich zweifle nicht, dafs das Pigment jeder einzelnen Effloreszenz schliefslich schwand und die am Patienten sichtbaren Pigmentflecken von verhältnismäfsig frischen Nachschüben her-

rührten. Wir liefsen den Patienten nur mit Salicylalkohol abtupfen, gaben ihm ab und zu Bäder, später auch etwas Teerzinkpasta und intern Salol. Nach einigen Wochen traten keine frischen Effloreszenzen mehr auf, die alten blafsten allmählich ab. Bei der Entlassung waren die linken Leistendrüsen noch gröfser geworden; das linke Bein zeigte Spuren von Ödem. Das Allgemeinbefinden war stets gut gewesen.

Wie gesagt, sprechen wir die Hautaffektion als Urticaria chronica papulosa (Urticaria perstans PICK) an und bringen sie in ursächlichen Zusammenhang mit der als Pseudoleukämie bekannten Lymphdrüsenerkrankung. Über die näheren Details der sich dabei abspielenden Stoffwechselvorgänge sind wir vorläufig lediglich auf Vermutungen angewiesen. Am einfachsten und wahrscheinlichsten scheint uns die Annahme zu sein, dafs die zweifellos vorhandenen (cf. Fieber!) abnormen, toxischen Stoffwechselprodukte auf dem Wege der Blutbahn in die Haut gelangen und dort Prozesse entzündlicher Natur auslösen, die in unserem Fall als Urticaria papulosa in die Erscheinung traten. Ob diese Prozesse direkt hämatogen oder auf dem Umwege irgendwelcher nervöser Vorgänge zustande kommen, möge hier unerörtert bleiben; bekanntlich besitzen beide Anschauungen ihre Vertreter, und es wird sich uns vielleicht demnächst Gelegenheit bieten, an anderer Stelle eingehend darauf zu sprechen zu kommen.

Berichtigung.

Die mikroskopischen Figuren, welche in der Arbeit von HODARA „Histologische und bakteriologische Untersuchung zweier Fälle von Neuroleprid und einer Narbe vom Pemphigus leprosus" in Band 53, Heft 2, enthalten sind, beziehen sich auf die bereits in Band 52, Heft 7, erschienene Arbeit von HODARA „Naevus linearis generalisatus".

Versammlungen.

Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 30. April (13. Mai) 1911.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

1. JELZINA demonstriert zwei Fälle von **Syphilis**, welche hinsichtlich des Alters der Kranken ein Interesse vorstellen: a) es handelt sich in dem ersten Falle um ein vierjähriges Kind, dessen Mutter augenblicklich in einer latenten Periode der Syphilis sich befindet; das hereditär-syphilitische Kind hat eine spezifische Verdickung der

Haut an den Handtellern und den Fufssohlen; charakteristisch ist nun in diesem Falle die Einsenkung der Nase und eine augenscheinliche Perforation; ist nun diese Veränderung der Nase auf die tertiäre Syphilis zurückzuführen, so ist dieser Fall als ein äufserst seltener zu betrachten, da beinahe alle Autoren, welche die hereditäre Syphilis bei Kindern beschrieben haben, behaupten, dafs gummöse Nasenaffektionen bei solchen Kindern äufserst selten vorkommen; b) einen Fall von sehr ausgesprochener **Leukoderma syphiliticum** bei einem fünfjährigen Mädchen.

Gleichzeitig zeigt Jelzina ein zehnjähriges Mädchen mit sehr stark entwickelten **Hautpigmentationen** nach einem papulösen Syphilid.

Diskussion: Was den ersten Fall mit der Nasenaffektion anbetrifft, so meint Pawloff, dafs auch die kondylomatöse Syphilis bei den hereditär-syphilitischen Kindern derartige Veränderung hervorrufen kann. Friedmann und Obraszoff stimmen der Meinung Pawloffs zu. Kulnew meint dagegen, dafs, wenn auch der rezenten hereditären Syphilis hauptsächlich kondylomatöse Erscheinungen eigen sind, doch aber kein Grund für die Behauptung vorhanden ist, dafs dies kein Gumma sein könne; Terebinsky meint, es wäre in diesem Falle schwer zu sagen, ob wir hier mit den tertiären oder sekundären Erscheinungen zu tun haben.

Bei der Diskussion über den Fall mit starken Hautpigmentationen nach einer papulösen Syphilis bemerkt Terebinsky, dafs man diesen Fall auch zu der Gruppe der Pigmentsyphilide anreihen kann.

Gegen Terebinskys Bemerkung äufsern sich Kulnew, Proskurijakoff, Obraszoff und Pawloff, dafs ein Pigmentsyphilid von einer postsyphilitischen Pigmentation streng zu unterscheiden sei.

2. Terebinsky demonstriert einen typischen Fall von **Folliklis.**

3. Proskurijakoff stellt einen Fall zur Diagnose vor. Es handelt sich um einen Syphiliskranken, der schon vor drei Jahren die ersten Symptome einer spezifischen Erkrankung des Zentralnervensystem zeigte; bei diesem Kranken zeigten sich auch bereits seit drei Jahren eigenartige, circumskripte, regelmäfsig tingierte, auf dem ganzen Körper zerstreute Pigmentationen. Diese Pigmentflecke entsprechen meistenteils den Langerschen Linien. Da, wie die Anamnese zeigt, ein allgemeines, stark juckendes Exanthem vor der Bildung der Pigmentflecke mehrfach ausbrach, so glaubt Proskurijakoff, dafs hier vielleicht die Rede von einer **Urticaria pigmentosa** sein könnte.

Diskussion: Terebinsky findet, es sei zu zeitig, eine Diagnose zugunsten der Urticaria pigmentosa schon jetzt festzustellen, um so mehr als eine mikroskopische Untersuchung der Pigmentflecke fehlt; was nun das klinische Bild anbetrifft, so könne es ebenso eine Pigmentation als eine Folge innerlicher Darreichung von As, Arg. nitr. und dergleichen, als wie eine Urticaria pigmentosa sein. Pawloff ist auch der Meinung, dafs das klinische Bild einer Urticaria pigmentosa nicht entspreche; aber er ist ebenfalls auch nicht der Meinung, dafs man hier mit der Pigmentation im Zusammenhang mit Intoxikationen zu tun habe; eher wäre hier die Rede über Pigmentation nach einer erythematösen Form von Dermatitis herpetiformis Duhring am Platze, besonders wenn eine Blutuntersuchung die Diagnose bestätigt hätte.

Stud. med. Efron hält einen Vortrag: **„Die histologischen Veränderungen der Syphilide unter (intravenöser) Einführung des Salvarsans".** Der Vortragende hat sich in Prof. Pawloffs Klinik mit der Untersuchung der histologischen Veränderungen der Syphilide, die unter Einwirkung des Salvarsanpräparats vorgehen, beschäftigt. Für diese Untersuchungen wurde ausschliefslich das klinische Material verwendet. Es wurde im grofsen und ganzen das Material von 19, teils Sekundär-, teils Tertiär-Syphilitikern entnommen, auch wurde dreimal Primäraffekt untersucht

Bei jedem Patienten wurde mindestens zweimal die Biopsie vorgenommen, und zwar: einmal vor der intravenösen Einführung des Salvarsans und das zweite Mal in verschiedenen Zeitfristen nach der Einführung desselben. Es wurden hauptsächlich die nicht behandelten Fälle vorgezogen. Das Material wurde nach den üblichen Methoden in Alkohol, Flemming usw., fixiert und in Paraffin eingebettet. Als beste Färbung hat sich die Pappenheim-Unnasche Karbol-Methyl-Grün-Pyroninmethode erwiesen. Nach der Einführung des Salvarsans konnte man in allen Präparaten den Zerfall der Plasmazellen beobachten. Dieser Zerfallprozeſs des Plasmas hat ziemlich früh nach der Salvarsaninjektion begonnen; so wurde dieses in einem Falle von Primäraffekt bereits sieben Stunden nach der Injektion beobachtet; je weiter — wurde der Zerfallprozeſs desto energischer. Unter dem Mikroskop konnte man beobachten, wie die Plasmazellen ihre Konturen allmählich verloren und deren Ränder eine zackige, wie zerrissene Form annahmen. Auch Plasmazellen mit teils ausgefallenem Protoplasma zum Vorschein kamen. Die Intensität des Zerfallprozesses entsprach vollkommen der klinisch bemerkbaren Rückbildung der syphilitischen Effloreszenzen. Es wurde festgestellt, daſs der Zerfall der Plasmazellen ohne vorherige fettige Degeneration stattfand.

Auf seine Untersuchungen sich stützend, kommt der Vortragende zu dem Schluſs, daſs Salvarsan vor allem das spezifische syphilitische Plasma angreift und dasselbe zum allmählichen Zerfall und Schwinden bringt. Daraus ergibt sich augenscheinlich der Unterschied zwischen der Wirkung des Salvarsans auf die verschiedenen syphilitischen Produkte.

Diskussion: Ehrlich bemerkt, daſs die von dem Vortragenden angewandte Karbol-Methyl-Grün-Pyroninmethode nicht ganz gelungen sei, da er auf den ausgestellten mikroskopischen Präparaten eigentlich keine typisch gefärbte Plasmazellen sehe; das liege vielleicht darin, daſs das Material in Formalin eventuell Sublimat gehärtet worden ist.

Auf Ehrlichs Bemerkung erwidert Terebinsky, daſs er im Gegenteil die Färbung ganz typisch finde und daſs die Formalinhärtung für gute Plasmazellenfärbung kein Hindernis sein könne; übrigens sei hier — seiner Kenntnis nach — keine Formalinhärtung vorgenommen worden.

Ehrlich besteht auf seiner Behauptung, da er bei einer guten Plasmazellenfärbung das Hauptgewicht auf gute Granoplasmafärbung lege, was hier nicht der Fall sei.

Proskurijakoff stimmt der Ehrlichschen Meinung zu und glaubt, daſs nur die Alkoholhärtung und Celloidineinbettung gute Plasmazellenfärbung geben.

(Nächste Sitzung im Oktober.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911. Heft 5 und 6.

1. **Über das Vorkommen des Mäusefavus beim Menschen und seine Stellung im System der Dermatomykosen,** von Bruno Bloch-Basel (Heft 5). Es unterliegt heute keinen Zweifel mehr, daſs es drei Pilzstämme gibt, die beim Menschen Dermatosen mit Skutulumbildung — also Favus — zu erzeugen vermögen: das Achorion Schoenleini, das Achorion Quinckeanum und das Achorion gypseum Bodin. Das

Vorkommen dieser Achorionstämme und der von ihnen verursachten Mykosen ist in den verschiedenen Ländern und Gegenden ganz verschieden. In Basel ist echter, durch den SCHOENLEINschen Pilz bedingter Favus selten und meist nur bei Eingewanderten zu finden, häufiger sind Dermatomykosen, deren Erreger das Achorion Quinckeanum ist. BL. beschreibt vier solche Fälle, von denen einer durch Injektion von 0,15 ccm unverdünnten Trichophytins ohne irgendwelche Lokalbehandlung in wenigen Tagen zur Abheilung gebracht wurde.

Die kulturellen Eigenschaften des Achorion Quinckeanum stehen durchaus im Gegensatz zu den generellen Eigenschaften des Achorion Schoenleini, stimmen dagegen mit den generellen Eigenschaften der Trichophytongruppe überein. Auf der Haut des Menschen ruft der QUINCKEsche Pilz ein vom echten Favus wesentlich verschiedenes Krankheitsbild, in der Hauptsache trichophytoide Bildungen (Herpes tonsurans squamosus und vesiculosus, kerionartige Herde) hervor; der behaarte Kopf wird nie ergriffen, die Bildung von Skutula tritt ganz zurück, sie kommen nur in geringer Zahl und Gröfse unregelmäfsig zerstreut innerhalb der erythematösen Herde vor. In manchen Fällen, so in zwei der von BL. beschriebenen, fehlen sie vollständig, der „Favus“ tritt hier rein in der Form einer Trichophytia superficialis auf. Während ferner dem Achorion Schoenleini die Fähigkeit, im infizierten Organismus Allergie zu erzeugen, ganz oder fast ganz fehlt — weshalb der echte Kopffavus so schwer spontan heilt —, macht der QUINCKEsche Pilz gleich den echten, speziell den pyogenen (animalen) Trichophytonarten den infizierten Körper häufig überempfindlich gegen das spezifische Toxin, das „Trichophytin“. All dem zufolge erscheint die Anschauung BODINS berechtigt, dafs das Achorion Quinckeanum, wie auch das Achorion gypseum, bei dem die Verhältnisse die gleichen sind, seiner morphologischen und biologischen Eigenschaften nach gar nicht zur Achoriongruppe, sondern als skutulogenes Trichophyton in das System der Trichophyten gehört oder aber eine besondere, zwischen Trichophyton und Achorion Schoenleini stehende Gruppe bildet. Im übrigen sind Achorion Quinckeanum und Achorion gypseum nicht die einzigen Pilze dieser Art. Aus einem Favus der glatten Haut hat BL. neuerdings einen trichophytonartigen Stamm gezüchtet, der sich von den beiden genannten wesentlich unterscheidet und in seinem Habitus sich am meisten dem Trichophyton violaceum nähert; er erzeugt bei experimenteller Inokulation wiederum regelmäfsig Skutula. Seine genaue Beschreibung behält BL. sich vor.

2. **Zur Systematisierung der Hyper- und Depigmentationen,** von HANS VÖRNER-Leipzig (Heft 5). V. empfiehlt, die Hyper- und Depigmentationen einzuteilen in:

1. angeborene, nicht hereditäre, auf Naevusbildung beruhende (Naevus spilus, Albinismus partialis, der aber besser als Naevus depigmentosus zu bezeichnen ist);

2. hereditäre, als Atavismus anzusprechende (Epheliden, Albinismus, Massenfärbung), und

3. erworbene, die als Erkrankungen der Haut anzusehen sind (Chloasma, Leukoderma, Vitiligo). Bei diesen sind zu unterscheiden die durch lokale äufsere (traumatischen, physikalische oder chemisch-toxische) und die durch indirekte, von entferntsitzenden Krankheitsherden ausgehenden Einwirkungen hervorgerufenen Hyper- und Depigmentationen (Chloasma bzw. Leukoderma und Vitiligo e causa externa und e causa interna). Beim Chloasma e causa externa ist die lokale Schädigung gewöhnlich makro- und mikroskopisch erkennbar, die Zeichen entzündlicher Veränderung reichen manchmal bis in die tiefere horizontale Gefäfsschicht. Beim Chloasma e causa interna ist meist nur reichliches Pigment vorhanden, während Erythema und nachweisbare Veränderungen der Cutis sehr selten sind. Die gleichen Ursachen können sowohl Chloasmen wie Leukodermen oder Vitiligines hervorrufen, und zwar gleichzeitig bei

ein- und demselben Individuum; vielleicht lösen oberflächliche Reize der Haut Depigmentationen, tiefergehende Chloasmen aus.

3. **Über Pseudoprimäraffekte nach intensiver Behandlung im Frühstadium der Syphilis,** von W. Frieboes-Bonn (Heft 6). Fr. berichtet über vier Syphilisfälle, in denen durch energische Quecksilber- oder Salvarsanbehandlung in der Früh- oder in der Sekundärperiode die bestehenden Erscheinungen zum Verschwinden gebracht worden waren, einige Zeit danach aber zumeist weit vom Orte der Infektion entfernt (an der Schulter, am Vorderarm, am Augenlid) spirochätenhaltige Ulcerationen mit den charakteristischen Eigenschaften des Primäraffektes und im Anschlufs daran regionäre Drüsenschwellungen und Allgemeinerscheinungen auftraten. Es handelte sich in allen diesen Fällen um Pseudoprimäraffekte oder, wie Thalmann sie bezeichnet, Solitärsekundäraffekte. Ihre Entstehung erklärt sich Thalmann und mit ihm Fr. in der Weise, dafs ein der Vernichtung durch die Behandlung entgangener, vielleicht abgekapselter Spirochätenherd, wenn die auf die Lebensfuktionen der Spirochäten lähmend einwirkende Immunität abgeklungen ist, aktiv wird und in dem für die Wirkung den Spirochäten wieder empfänglichen Körper primäraffektartige Bildungen erzeugt. Die Ansicht Thalmanns, dafs das Auftreten der Solitärsekundäraffekte nur durch Frühbehandlung zustande kommt, ist nicht richtig; sie können nach jeder energischen Behandlung auftreten. Wenn Solitärsekundäraffekte nur selten zur Beobachtung gelangen, so liegt das wohl daran, dafs sie einmal leicht übersehen werden, dafs sie aber aufserdem an inneren Organen ihren Sitz haben können. Die beschriebenen Fälle von Re- und Superinfektion sind wahrscheinlich nichts anderes als Solitärsekundäraffekte.

4. **Die Frühbehandlung der Syphilis,** von G. Scherber-Wien (Heft 6). Sch. hat schon im Jahre 1908 auf dem Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Frankfurt über die Resultate der von ihm seit dem Jahre 1904 angewandten Frühbehandlung der Syphilis berichtet und bringt jetzt einen Überblick über die weiteren Ergebnisse dieser Therapie in 25, zum Teil seit vier Jahren beobachteten Fällen. Es handelt sich bei der Frühbehandlung um den Versuch, festzustellen, ob durch eine möglichst frühzeitig beginnende energische Quecksilberkur, an die sich chronisch-intermittierende Behandlung anschliefst, die Sekundärerscheinungen der Lues vollständig unterdrückt oder doch in ihrem Verlauf milder gestaltet, aufserdem aber Tertiärerscheinungen wie auch Tabes und Paralyse verhütet werden können. In der Tat blieben in einem Teil der Fälle die Sekundärsymptome ganz aus, was zum mindesten für die Prophylaxe einen Gewinn bedeutet, in den Fällen, in denen Erscheinungen auftraten, war der Verlauf im allgemeinen milder als sonst. Schaden wird jedenfalls durch die Frühbehandlung nie angerichtet, nur der gewöhnliche Typus der ersten Rezidive wird etwas verwischt. Ob die Frühbehandlung in der von Sch. geübten Weise auch auf die Spätperiode der Syphilis günstig einwirkt, läfst sich jetzt noch nicht entscheiden, ist aber wohl mit Recht zu erwarten, da wir ja wissen, dafs die meisten Fälle von Tabes und Paralyse bei ungenügend behandelten Syphilitikern auftreten. Das hauptsächlichste Mittel bei der Frühbehandlung der Syphilis ist für Sch. das Quecksilber, das zumeist in Form des Hydrargyrum salicylicum injiziert wird; aber auch Einspritzungen von Oleum cinereum und kräftige Schmierkuren kommen zur Anwendung. Im ersten Jahre werden zwei oder womöglich drei, im zweiten Jahre mindestens zwei und in den folgenden drei Jahren je eine energische Kur gemacht, dazwischen wird Jod in verschiedener Form und eventuell auch Arsen gegeben. Wenn Erscheinungen auftreten oder wenn die Wassermannsche Reaktion positiv wird, mufs natürlich sofort eine Extrakur eingeleitet werden. Der Erfolg der Therapie scheint hauptsächlich davon abzuhängen, dafs die erste Kur möglichst

intensiv ist und dafs die zweite recht bald, schon vier, längstens acht Wochen nach der ersten beginnt. — Gegen das Salvarsan verhält Sch. sich vorerst noch ablehnend; er möchte es zunächst für die gegen Quecksilber refraktären Fälle reservieren.

5. **Klinische Beobachtungen über Wassermanns Reaktion bei Syphilis,** von Johan Almkvist-Stockholm (Heft 5 und 6). A. hat in über 500 Fällen (zumeist Prostituierten) über 3000 serologische Untersuchungen vorgenommen; er fafst deren Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die positive Wassermannsche Reaktion tritt bei Syphilis so gut wie immer auf, der erste Nachweis gelingt in etwas wechselnder Zeit, nämlich fünf bis zehn Wochen nach dem infizierenden Coitus oder ein bis sieben Wochen nach dem Auftreten des Primäraffektes oder gleichzeitig mit bis zu drei Wochen vor Beginn des ersten Exanthems.

2. Der Verlauf der Wassermannschen Reaktion ist verschieden. In einigen Fällen wurden lange, bis zu 15 Monaten dauernde Perioden von positiver Reaktion beobachtet, in anderen wechselten Perioden von positiver und negative Reaktion miteinander ab. Auch ein mehr unregelmäfsiger Wechsel wurde beobachtet.

3. Wann die positive Wassermannsche Reaktion für immer erlischt, können wir nicht bestimmen, weil wir nicht wissen, wie lange eine negative Periode sein kann. Es läfst sich nur feststellen, dafs in einigen Fällen die Reaktion sehr früh negativ wird, während sie sich in anderen Fällen sehr lange positiv hält.

4. Hg hat eine unbestreitbare, in verschiedenen Fällen aber sehr verschiedene Einwirkung auf die positive Reaktion. In einigen Fällen wird die Reaktion schon vor dem Ende der ersten Hg-Kur negativ, in anderen bei deren Beendigung oder erst einige Zeit später oder erst nach der zweiten Kur, in manchen Fällen bleibt sie auch nach mehreren Quecksilberkuren positiv.

In drei von acht Fällen wurde die Reaktion infolge einer Jodkaliumkur negativ In einem von zwei Fällen hat vielleicht Atoxyl eine Veränderung der positiven Reaktion herbeigeführt. Salicylsäure hatte in den gewöhnlichen Dosen keine Einwirkung auf die positive Reaktion.

5. Von den Prostituierten, bei denen weder durch Anamnese noch durch Befund Syphilis nachgewiesen werden konnte, hatte ein Viertel positive Wassermannsche Reaktion. Dagegen wiesen einige, schon lange der Prostitution ergebene Weiber negative Reaktion auf. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 108, Heft 1 u. 2. Mai 1911.

1. **Beitrag zur Klinik der blennorrhoischen Hyperkeratosen,** von Ed. Arning und H. Meyer-Delius-Hamburg. Aus dem reichen Material des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg (4300 männliche Blennorrhoiker in den Jahren 1907 bis 1910) bringen die Verfasser vier Fälle von blennorrhoischer Hyperkeratose, in denen das Exanthem in erster Linie sich an den Füfsen zeigte, in einem Falle auch an den Händen; in drei Fällen fanden sich ähnliche Erscheinungen am Penis. In einem fünften Falle, in dem es sich um ein durch Potatorium geschwächtes Individuum handelte, kam es zu einer disseminierten Aussaat am ganzen Körper. Die Fälle zeigen mit früher beschriebenen eine weitgehende Übereinstimmung, nur war ein blasenartiges Anfangsstadium vorhanden, das so ausgesprochen und langdauernd war, dafs, wenn es in anderen Beobachtungen in gleicher Weise vorhanden gewesen wäre, nicht unbemerkt hätte bleiben können.

Eine gleichzeitige Balanitis circinata mit Schuppenbildung und Ansammlung von Hornmassen wurde in vier von den beschriebenen fünf Fällen gefunden, sowie in 14 weiteren, in denen sämtlich ein oder mehrere Gelenke erkrankt waren und meist auch eine endogene Conjunctivitis bestand. Die blennorrhoische Allgemeinerkrankung war also in gleicher Weise Vorbedingung wie bei den Hyperkeratosefällen. Die Verfasser trennen die beschriebene Balanitis strikte von anderen Formen der Balanitis erosiva und „fügen die Balanitis circinata den keratotischen Erscheinungen ein, die auf dem Boden bestimmter blennorrhoischer Dyskrasie auftreten können".

2. **Klinische und experimentelle Beobachtung über Alopecia (Hypotrichosis) congenita,** von A. Buschke-Berlin. Nach seiner Angabe war der im übrigen gesunde 17 jährige Patient von Geburt an haarlos und bekam erst im 7. Lebensjahre ein rudimentäres Haarkleid, das sich am Schädel und in der Schamgegend in Form schwarzer Punkte nachweisen läfst, die — bei Betrachtung mit der Lupe — Haare darstellen, die eben gerade das Niveau der umgebenden Haut überragen, meist im Niveau oder unterhalb desselben endigen.

Der Fall gibt B. Veranlassung auf seine bekannten Thalliumacetatversuche zurückzukommen, bei denen es ihm gelungen ist, von einem mit Thallium gefütterten Rattenpaare zweimal Junge zu bekommen mit fehlendem oder mangelhaftem Haarkleide, während ein dritter Wurf — nach Aussetzen der Thalliumfütterung — wieder normal behaart war. Von Interesse ist ferner, dafs eine Vererbung auf weitere Generationen nicht stattfand, dafs also die kongenital alopecischen Tiere, die übrigens ihr Haarkleid nach und nach wieder entwickelten, Junge mit völlig normalem Haarkleid geworfen haben.

3. **Weitere Beiträge zur abnormen Hautempfindlichkeit,** von C. Kreibich-Prag. Sieben interessante Einzelbeobachtungen abnormer lokaler Hautempfindlichkeit: Cutis anserina, die innerhalb bestehender leukodermatischer Flecke nicht auftrat; chronisches Ekzem und Cutis marmorata, wobei die Ekzemveränderungen besonders die cyanotischen Partien der Cutis marmorata einnahmen; und ähnliches.

3. **Ein Fall von idiopathischer symmetrischer Hautgangrän,** von Eugen Borzecki-Krakau. Ringförmige trockene Gangrän an beiden Unterschenkeln bei einem 16 jährigen Mädchen; eine Ursache für das Auftreten der Gangrän liefs sich nicht auffinden.

4. **Lupus erythematosus linearis,** von Robert Bernhardt-Warschau. Neben einer kreisförmigen Scheibe auf dem Vertex finden sich die Erythematosuseffloreszenzen in dem beschriebenen Falle in Form von Streifen, die sich vom Scheitelbein über die rechte Stirnseite bis zur Augenbraue, vom inneren Ende der rechten Augenbraue an der Nase herab bis zum Naseneingang und vom rechten Mundwinkel quer über die rechte Wange ziehen. Die lineare Anordnung entspricht nicht dem Verlaufe irgendwelcher Nerven.

5. **Dermatoneuromyositis chronica atrophicans,** von Alfred Simonsohn-Frankfurt a. M. Eigenartige Haut- und Muskelerkrankung bei einem 21 jährigen Dienstmädchen, das schliefslich unter allgemeiner hochgradiger Kachexie und Anämie an einer submiliaren Tuberkulose beider Lungen zugrunde ging.

6. **Über die Beziehungen der Parapsoriasis en gouttes zu der Brocqschen Krankheit,** von Felix Heller-Frankfurt a. M. Mitteilung von drei Fällen von Pityriasis lichenoides chronica und einem Fall von Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées nebst histologischen Untersuchungsbefunden. Nach H. besteht klinisch zwischen den beiden Krankheitsgruppen nicht die mindeste Ähnlichkeit; die Gruppe „Parapsoriasis" kann nicht als endgültige Lösung der Einfügung der hier interessierenden Krankheiten in ein System aufgefafst werden.

7. **Über Lymphodermien und Mykosis fungoides,** von P. L. Bosellini-Bologna. Im ersten Teile der Arbeit findet sich eine Literaturübersicht über den Beteiligungsmodus der Haut an den leukämischen und pseudoleukämischen Prozessen und an allen Affektionen, deren Grundlage in einer alterierten Struktur oder Funktion der hämo-lymphopoetischen Organe gelegen zu sein scheint; im zweiten Teile gibt H. die Resultate klinischer, anatomischer und hämatologischer Studien an sechs eigenen Fällen von Mykosis fungoides. „Die Mykosis fungoides steht zu den Lymphodermien in dem gleichen Verhältnisse wie die Tuberkulose in ihren verschiedenen klininischen und anatomischen Formen."

8. **Über das Wesen der Unnaschen Flaschenbazillen und über den feineren Bau einiger Hautpilze,** von E. Meirowsky-Köln. M. hat zur Darstellung einiger bekannter Pilze als vitale Färbungsmethode die Färbung von Makanishi-Czaplewski benutzt und berichtet über seine Untersuchungsergebnisse. „Das Verfahren selbst ist sehr einfach. Auf sauber geputztem und durch mehrfaches Flambieren sterilisiertem Objektträger wird eine sehr dünne Schicht der Farbstofflösung (am besten Borax-methylenblau) ausgestrichen und angetrocknet. . . . Auf ein reingeputztes und ebenfalls durch Flambieren sterilisiertes Deckgläschen kommt dann ein sehr kleines Tröpfchen des zu untersuchenden Materials. Das so präparierte Deckgläschen wird dann auf die angetrocknete dünne Farbschicht gelegt, so dafs sich das kleine Tröpfchen zwischen Objektträger und Deckglas ausbreitet, wobei es sich meist deutlich blau färbt." An den von Unna Flaschenbazillen genannten Gebilden glaubt nun M. sowohl Teilung wie Sprossung und Sporenbildung gesehen zu haben; er schliefst daraus, dafs es sich um Bazillen nicht handeln kann, sondern dafs die Gebilde Hefezellen sind.

Weitere Untersuchungen beschäftigen sich mit der feineren Struktur der Pilze des Favus, der Pityriasis versicolor, Sporotrichose und Soor.

9. **Beitrag zur Kenntnis der Cystenbildung in Follikeln und Talgdrüsen,** von Jörgen Schaumann-Stockholm. Genaue histologische Untersuchungen eines eigentümlichen Knötchenausschlages auf Nacken, Hinterkopf und Stirn eines 43jährigen Landarbeiters; es fanden sich Cystenbildungen der verschiedensten Ausdehnung an Haarfollikeln und Talgdrüsen und in ihrer nächsten Umgebung. Erörterungen über die Entstehung dieser Veränderungen.

10. **Helodermia simplex et annularis,** von Hans Vörner-Leipzig. Fünf eingehend mitgeteilte Fälle von Verhornungsanomalien an den Händen mit histologischen Untersuchungen und Abbildungen. V. zieht folgende Schlufsfolgerungen, nachdem er alles in der Literatur damit Vergleichbare zusammengetragen: „Echte Hühneraugen an den Händen gibt es nicht. Dagegen kommen auf der Unterseite der Hände und Finger, an den Rändern und auf dem Dorsum derselben unscheinbare, fast regelmäfsig gedellte Knötchen, teils einzeln, teils zahlreich vor. Ihre Entwicklung ist chronisch, fast unmerklich. Aus klinisch und histologisch völlig gleichen Effloreszenzen entwickelt sich eine ebenfalls durch äufserst langsamen Verlauf sich kennzeichnende annuläre Erkrankung entsprechenden Aussehens mit besonderer Bevorzugung des Dorsums der Hände und Finger. . . . Die ersten Beobachtungen, welche für einen Vergleich in Betracht kommen, sind die Clavi manus von Hebra-Kaposi, später die erwähnten seltenen ringförmigen Affektionen der Extremitäten. Aber trotz gewisser Ähnlichkeiten unterscheiden sie sich von meinen Fällen. . . . Infolgedessen halte ich es für richtiger, meine Fälle vorläufig als eine besondere Gruppe abzusondern und mit einem neuen Namen zu versehen. . . . Die Bildung des Wortes leitet sich ab von ὁ ἧλος, das Hühnerauge."!

11. **Ein Fall von Leucaemia cutis mit syphilitischen Hauterscheinungen und positiver Wassermannscher Reaktion; gleiche Hautveränderungen bei**

einem **Fall von Pseudoleucaemia lymphatica**, von ARTHUR HEINRICH-Breslau. Der außerordentlich interessante Fall, von dem H. genaue Beschreibungen in klinischer und histologischer Hinsicht gibt und der auch in seinem Verlauf höchst bemerkenswert erscheint, muſs im Original studiert werden, besonders wenn man sich den Deduktionen von H. anschlieſsen will, der ein Nebeneinanderbestehen von Leukämie und Lues verneinen möchte und seinen Standpunkt in geistreicher Weise vertritt.

12. **Zur Kenntnis des Granuloma annulare (RADCLIFFE CROCKER)**, von G. ARNDT-Berlin. Genaue Darstellung des an sich seltenen Krankheitsbildes an der Hand eines genau beobachteten und auch histologisch untersuchten Falles; ringförmige Effloreszenzen an der Hand einer 22jährigen Frau, die schon nach der Probeexzision und weiterhin unter Arsen und Hg-Pflaster vollkommen sich zurückbildeten. Besonders ausführlich wird die Differentialdiagnose besprochen; A. hält an der Selbständigkeit des Krankheitsbildes durchaus fest, ja, er glaubt, dafs es sich von anderen ähnlichen Affektionen, mit denen es zusammengeworfen worden ist, schon histologisch soweit unterscheide, dafs auf Grund des mikroskopischen Bildes allein sich eine Diagnose stellen lasse, und meint, dafs wir es mit einer spezifischen chronischen Infektionskrankheit der Haut zu tun haben, deren Erreger zurzeit allerdings noch unbekannt ist.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band 14, Nr. 9. Juni 1911.

1. **Unsere Salvarsanerfahrungen**, von LUDWIG FALK-Lodz. Gute Resultate; unter etwa 140 Fällen nur einen, bei dem die Injektion ganz ohne Erfolg war (gummöse Orchitis). Primäraffekte überhäuteten sich oft in wenigen Tagen, am schnellsten verschwanden Schleimhautaffektionen, papulöse Exantheme gingen oft recht langsam zurück. Periostitis und starke Kopfschmerzen wurden schnell und günstig beeinflufst, während geschwollene Drüsen oft wenig Neigung zur Rückbildung zeigten. Eklatant war der Effekt bei tertiären, vernachlässigten, gegen Hg refraktären Fällen, während bei den wenigen Tabes- und Cerebrospinalfällen nur vorübergehende subjektive Besserung zu konstatieren war, die die progredienten Degenerationserscheinungen nicht aufhalten konnte. Auch einige auffällige Neurorezidive wurden beobachtet, die eine kombinierte Hg-Salvarsantherapie nahelegen. Eines Urteils über Dauerheilung und eventuelle Schädigungen enthält sich der Verfasser.

2. **Das Eukadol**, von L. TÖRÖK-Budapest. Empfehlung eines neuen Teerpräparates, das im Gegensatz zu dem üblen Geruch des Teers einen weihrauchartigen Geruch besitzen soll, zwar nicht farblos ist, aber die Haut auſserordentlich wenig irritiert. Die juckstillende Wirkung des Teers besitzt es in hohem Mafse. Eukadol ist ohne Rückstand löslich in Alkohol, Äther und Benzin, gut, aber mit etwas Rückstand in Spir. sapon. kal. In Olivenöl sind nur 50% des Eukadols löslich.

Bd. 14, Nr. 10. Juli 1911.

1. **Beitrag zur Kasuistik und Histologie der Mycosis fungoides**, von MAX LEIBKIND-Dresden. 31jähriger Patient, der zu wiederholten Malen (in der Breslauer Hautklinik) in Beobachtung gestanden hat und jedesmal auf Arsen- und Röntgenbehandlung sich besserte. Es handelte sich um einen Fall von sogenanntem Typus d'emblée, der akut mit Tumoren einsetzte. Er war ausgezeichnet durch klavusähnliche Gebilde und profusen Schweifsausbruch an Stellen, wo diese sich zurückgebildet hatten. Histologisch ist der Fall besonders charakterisiert durch eine ausgesprochene Akanthose des Follikelepithels, durch Schwund der Talgdrüsen und durch Erweiterung der Knäueldrüsen.

2. **Über Sulfoformöl,** von WALTER SCHNEIDER-Königsberg. LUDWIG KAUFMANN, von dem das Sulfoformöl stammt, hat neuerdings recht gut haltbare Lösungen in Olivenöl hergestellt, die SCH. 10%ig zur Behandlung der Alopecia pityrodes angewandt hat. Die Handhabung war wesentlich leichter als die übliche Salbentherapie; Reizerscheinungen haben sich nie eingestellt, auch hat sich kein unangenehmer Geruch bei längerem Verweilen auf dem Kopfe entwickelt. SCH. ist mit seinen Erfolgen zufrieden und empfiehlt das Sulfoformöl warm. *W. Lehmann-Stettin.*

Bücherbesprechungen.

Radium in der Heilkunde, von PAUL WICHMANN-Hamburg. Mit 30 Abbildungen und 2 Farbentafeln. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leop. Voss. 1911.

W. hat es übernommen, in knapper, übersichtlicher und klarer Weise den Stand unseres gegenwärtigen Wissens auf dem Gebiete der theoretischen und praktischen Radiumforschung darzustellen. In einem physikalischen Teil berichtet er zunächst über das Wesen des Radiums und seiner Strahlungsarten, um dann in einem biologischen Abschnitte etwas ausführlicher die klinische, histologische und chemische Wirkung auf die verschiedensten normalen und pathologischen Zell- und Gewebsarten, ferner den Einflufs der mannigfachen Applikationsmethoden auf die einzelnen der Radiumbehandlung zugänglichen Erkrankungen zu besprechen. Es sind das vor allem Lupus, Angiome und Cavernome, ferner Verrucae, Keloide usw., während die Radiumbehandlung der tiefergehenden bösartigen Geschwülste vorwiegend experimentelles Interesse hat. Einige Illustrationen belehren über die zum Teil erstaunlichen Erfolge welche die Radiumtherapie bei Lupus (vulgaris) und auch bei Hautkrebs bereits erzielt hat. Von Einzelheiten dieses Abschnittes seien die Forderungen, welche, abgesehen von der Qualität des Radiums, ein guter Radiumapparat erfüllen mufs, angeführt: 1. er mufs das Radiumsalz in feinster, gleichmäfsiger Verteilung enthalten, 2. das Radiumsalz fixiert halten, 3. dasselbe vor allen äufseren schädigenden Einflüssen bewahren, 4. leicht applizierbar sein, 5. die Anbringung einer Skala von Filtern ermöglichen und 6. durch seine Wandungen einen hinreichenden Radiumschutz der nicht bestrahlten Umgebung gegenüber abgeben. W. hat einen Apparat, der diese Bedingungen alle erfüllt, in die Therapie eingeführt (Ausführung von REINIGER, GEBBERT und SCHALL). Welchen Apparat man wählen wird, hängt natürlich von den Indikationen ab. Handelt es sich um Bestrahlung von Geschwülsten und Neubildungen, die ja die hauptsächlichsten Indikationen abgeben, so ist ein hoher Aktivitätsgrad (500000 und darüber) notwendig; schwächere Präparate sind unzweckmäfsig, wenn man natürlich auch bis zu einem gewissen Grade durch entsprechend ausgedehnte Expositionszeit die Wirkung verstärken kann. In einem weiteren Kapitel wird die Emanationstherapie, d. i. Wirkung und therapeutische Anwendung der vom Radium ausgehenden Emanation und induzierten Radioaktivität, wie sie besonders in der Therapie der inneren Medizin, vielen Konstitutionskrankheiten usw. nun Eingang gefunden hat, und im Schlufskapitel die gleichzeitige Behandlung mit Strahlung und Emanation besprochen. W. steht nicht an, zum Schlusse den therapeutisch wirksamen Einflufs dieser Methode bei bestimmten Krankheitsgruppen anzuerkennen, ohne dafs wir aber angesichts eines Gebietes, welches noch bedeutender Weiterforschung und -entwicklung bedarf, die Indikationen zu sehr fixieren, aber auch nicht generalisieren dürfen. Bei den therapeutischen Erfolgen mit

künstlich erzeugter Emanation ist die in unseren natürlichen Heilquellen und Bädern enthaltene Emanation ebenfalls als ein Heilfaktor anzusehen, der, wenn auch keine souveräne Bedeutung, wie W. ausdrücklich anderen Bestrebungen gegenüber betonen möchte, wohl aber eine wesentliche Mithilfe an dem Erfolge im Kurorte besitzt. Diese streng objektiv und auf zahlreichen eigenen Erfahrungen gestützte Darstellung vermag wohl diesem neuen Zweig der Therapie am besten die Wege zu ebnen. *Stern-München.*

Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie, von Manfred Fraenkel-Charlottenburg. (R. Scholtz, Berlin 1911.) Das Buch behandelt im wesentlichen die günstigen Resultate, die Fraenkel mit Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Myomen, Dysmenorrhöe, Endometritis usw. erzielt hat. Er bespricht genau seine Technik, die theoretischen Grundlagen und die praktische Anwendung. Ein grofser Platz ist der Einwirkung der X-Strahlen auf das Ovarium eingeräumt, wobei die zahlreichen Versuche einer Abortherbeiführung, einer Sterilisierung usw. und deren Bedeutung in sozialer und forensischer Hinsicht besprochen werden. Bei dieser Gelegenheit macht F. auch einen interessanten Exkurs über willkürliche Geschlechtsbestimmung. Den Beschlufs macht ein physikalisch-technischer Abrifs über Röntgenstrahlen. Die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen anderer Autoren sind entsprechend gewürdigt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Der Umschwung in der Syphilisbehandlung im ersten Jahrzehnt des XX. Jahrhunderts und die jetzige Lage, von Touton und Fendt. (Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1911.) Mit gewohnter stilistischer Meisterschaft liefert uns Touton in seinen Fortbildungsvorträgen ein Bild von der Beeinflussung, welche therapeutisches Denken und Handeln durch die grofsen Fortschritte auf dem Gebiete der Syphilisforschung erfahren haben. Der vielbeschäftigte Praktiker — zugleich der das wissenschaftliche Neuland emsig mit ausweitende Gelehrte — hat gewifs das Recht, die Stürmer und Dränger zurückzuhalten und ihnen zu sagen, dafs unsere alten Methoden noch lange nicht vergilbt sind. In der Bewertung der Wassermannschen Reaktion gehört Touton zu denjenigen, welche den positiven Ausfall als ein alarmierendes Symptom betrachten.

Erschöpfend, objektiv und anregend behandelt Fendt die Salvarsantherapie. Selbst die leidigen Neurorezidive (Bayet möchte sie in seiner soeben erschienenen neuen Arbeit in Meningorezidive umtaufen. Ref.) sind nicht vergessen. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Anthrax und Fatalismus, von W. Mitchell-Bradford. (*Brit. med. Journ.* 1911. 1. April.) Verfasser redet in dieser kurzen Arbeit von dem Übergreifen des Anthraxvirus auf die inneren Körperorgane, namentlich auf die Lunge, und vertritt den Standpunkt, dafs man trotz dem Fehlen des Nachweises von Bazillen im Blut und in den Körpersäften sehr wohl berechtigt ist, aus den klinischen Erscheinungen allein schon die Diagnose zu stellen. Demgemäfs empfiehlt er unter ausführlicher Schilderung

eines derartigen Falles eine ausgiebige Verwendung eines Antitoxins, wobei er das SCLAVOschen Serum in erster Linie in Betracht zieht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Behandlung des äufseren Milzbrandes, von RICHARD GUTZEIT - Neidenburg, Ostpr. (*Ztschr. f. ärztl. Fortb.* 1911. Nr. 6.) Verfasser schliefst sich nach mitgeteilten Erfahrungen v. BRAMANN und LEXER an, indem er rät, jede Reizung oder Incision des Hautmilzbrandes zu unterlassen, um Sekundärinfektionen und Bakterienresorption zu vermeiden und betont, dafs im allgemeinen eine streng konservative Behandlung durch Bedecken des Milzbrandkarbunkels mit indifferenter Salbe, Vermeidung jeder Reizung und dauernde Ruhigstellung des erkrankten Gliedes auf dem schnellsten und gefahrlosesten Wege zur Genesung führt.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Heilung der Anthrax auf Grund von 64 Fällen, von D. BALÁZS-Budapest. (*Orvosok Lapja.* 1910. Nr. 45 und *Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 51.) Verfasser arbeitete die Statistik des zehnjährigen Anthraxmaterials aus und zog eine Parallele zwischen der rein erhaltenden und chirurgischen Behandlung. Er bricht eine Lanze neben dem konservativen Verfahren für eine exspectative und roborierende Behandlung. Er ist ein Anhänger des Serums und fafst seinen Standpunkt in folgendem zusammen: 1. Auf wissenschaftlicher Basis können vom Gesichtspunkte der Therapie nur jene Fälle interessieren und den Gegenstand der Kritik bilden, bei denen die Diagnose in unzweifelhafter Weise auf bakteriologischem Wege festgestellt worden ist. 2. Bei Hautanthrax ist die chirurgische Einmengung zu vermeiden, weil das Ausscheiden der Pustel, das Einspritzen der Chemikalien in die Umgebung, der Einschnitt in die oedematöse Stelle die Weiterverbreitung der Infektion nicht verhindert. Andererseits kann man mit dem chirurgischen Eingriff den Anthraxbazillen direkt einen Weg bahnen, dafs sie in die Zirkulation gelangen und dafs durch Coinfektion der Staphylokokken und Streptokokken schwere Phlegmonen entstehen. 3. Bei der Entscheidung der Frage, ob Serum ein tatsächlicher Heilfaktor des Anthrax ist, können einesteils die auf bakteriologischer Basis diagnostizierten, schwere Symptome allgemeiner Infektion zeigenden und mit Serum behandelten und geheilten Fälle dienen; anderenteils können solche Fälle entscheidend in die Wagschale fallen, bei denen die an derselben Infektion Erkrankten aber mit Serum nicht Behandelten sterben, während die mit Serum Behandelten geheilt werden. 4. Bei jeder Anthraxerkrankung ist nach Verfasser das Serum ohne Ausnahme anzuwenden. *Porosz-Budapest.*

Multiple Hautabscesse bei einem Neugeborenen — Perforation des Sternums — Septikämie und Tod, von JOSÉ GARCIA DEL DIESTRO. (*Revista ibero-amer. de ciens. med.* 1910.) Die Erkrankung trat mit einem am Sternum perforierenden Abscess auf, dem bald eine Reihe von Hautabscessen folgte, die teils akut phlegmonös, teils nach Art kalter Abscesse verliefen und in kurzer Zeit zum Tode führten. Im Eiter wurde ein Streptococcus gefunden. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Behandlung des Furunkels, von SCHÜLE-Freiburg i. Br. (*Ther. Monatshefte.* Dez. 1910.) SCHÜLE empfiehlt das von UNNA angegebene Verfahren, bei Furunkulose die einzelnen Furunkel möglichst im Beginn zentral zu kautheresieren.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein Nachtrag „Zur Behandlung des Furunkels“, von SCHÜLE-Freiburg i. Br. (*Therap. Monatshefte.* Febr. 1911.) Verfasser will sein Verfahren nur für die schon vorhandenen Furunkel, die nicht älter sind als zwei Tage, angewandt wissen. Er enthaart eine talergrofse Stelle, injiziert 3proz. Novokain, kautherisiert, bringt in den Stichkanal einen gedrehten Wattedocht, desinfiziert die enthaarte Stelle mit Jodtinktur und bedeckt das ganze mit einem kleinen Gazeläppchen.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Aetiologie und Therapie der Furunkulose, von H. K. Gaskill-Philadelphia. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* Bd. 56. Nr. 15.) Gute Erfolge der Staphylokokken-Vaccinebehandlung. *Schourp-Danzig.*

Lichen hyperthrophicus, von A. Paldrock. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Anführung von vier Fällen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über die Beziehungen zwischen der Rosacea und äufseren Augenerkrankungen, von P. Erdmann. (*Arch. f. Augenheilk.* 1910. Bd. 47, H. 4.) Bei Rosacea kommen nicht selten, gewöhnlich im Frühjahr, manchmal gleichzeitig mit einer Verschlimmerung des Hautleidens, genau charakterisierte Augenerkrankungen vor. Die Lidränder sind seborrhoisch, tragen hanfkorn- bis erbsengrofse rote Papeln; die Conjunctiva bulbi ist fleckig oder diffus gerötet, in der Sklera fühlt man wenig schmerzhafte Erhebungen. In der Hornhaut findet man subepitheliale und tief gelegene graue Infiltrate, deren Umgebung feinfleckig getrübt ist. Die Infiltrate bilden sich gewöhnlich unter Hinterlassung einer Trübung zurück. Manchmal gehen sie aber auch entweder konstant oder in Schüben weiter gegen das Zentrum vor, so dafs sie schliefslich schwere Sehstörungen verursachen. Die Augenerscheinungen möchte Verfasser nicht unbedingt als Äquivalent der Hauterscheinungen, sondern nur als durch dieselbe endogene Noxe verursacht auffassen. Differentialdiagnostisch kommt vor allem die ekzematöse Augenerkrankung in Betracht. Die Therapie darf nicht nur die lokalen Veränderungen berücksichtigen, sondern mufs auch die der Rosacea zugrunde liegenden Störungen angehen. Krankengeschichten. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Behandlung des Rhinophyms, von Pels-Leusden-Berlin. (*Ther. Monatshefte.* Dez. 1910.) Es wird die Stromeiersche Dekortikation empfohlen. Unter Novokain-Suprareninanaesthesie und nach gehörigem Durchfrierenlassen mit Äthylchlorid wird die Nasenoberfläche zu der gewünschten Form zurechtgeschnitten und mit Gaze verbunden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Gangrän cutis traumatica, von F. Gutfreund-Budapest. (*Bör-és Bujakórtan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 3.) Eine 36jährige hysterische Patientin hatte auf dem Arme seit zwei Wochen Wunden. Ein ähnliches Leiden quält sie schon seit zehn Jahren, weshalb sie auch vor der Amputierung ihres Armes nicht zurückschreckt, sondern sie sogar direkt verlangt. Auf der Beugeseite des linken Oberarmes ist eine kinderhandgrofse, runde, mit grünlichgelbem, braunem, trockenem Grind bedeckte gangränöse Fläche, welche ein hyperämischer, säftereicher, über das Niveau der Fläche sich erhebender Ring umgibt. Patientin ist fieberfrei. Die Ursachen solcher Neurosen können Ernährungsstörungen der Gewebe oder das gänzliche Aufhören der Ernährung sein. Mit Hilfe der Anamnese und des klinischen Bildes war G. bestrebt, die Ursache und damit das vollkommene Krankenbild zu erforschen. Einesteils der Umstand, dafs die Patientin wegen Hysterie in der internen Abteilung liegt und bei der Ambulanz des Verfassers mit grofser Verzweiflung bestrebt ist, ihr Leiden als besonders schwer darzustellen, anderenteils von dem klinischen Bilde ausgehend, nach dem auf dem linken Oberarm eine mit einem scharf begrenzten, regelmäfsigen Ring versehene, mit Grind bedeckte nekrotische Veränderung sichtbar ist, und da die pathologische Stelle leicht vom Patienten zugänglich ist, machte Verfasser sofort die Diagnose auf Necrosis traumatischen Ursprungs, und zwar als solche, die absichtlich hervorgerufen worden ist. Die Patientin wurde in die Abteilung zurückgeschickt. Eine Stunde später suchte G. die Patientin auf und fand in ihrem Nachtkästchen, sorgfältig versteckt, mehrfach in Seidenpapier gepackte Streichhölzchenschachtel mit einem weifsen Pulver, mit dem sie angeblich ihren Ring putzte. Aufmerksam gemacht, dafs sie keinen Ring hat, gab sie an, sie benutze es zur Reinhaltung des Efszeuges. Die chemische Untersuchung des Pulvers wurde vorgenommen und nach der Analyse

war es Kalilauge. In jüngster Zeit kam es oft vor, dafs hysterische Frauen mit einer Hautgangrän ähnlicher Natur sich meldeten. Wo ihnen die Haut am zugänglichsten ist, in einzelnen Fällen auf die gesunde Haut, in anderen Fällen auf eine Kratzwunde, applizieren sie ein ätzendes, chemisches Agens entweder in verdünnter Lösung oder konzentriert und lassen die zerstörende Wirkung dieser Mittel einwirken. Die Wirkung dieser Mittel ist in der Mitte der Veränderung, wohin das Ätzmittel in konzertriertem Zustand gekommen ist, Nekrose. An den Rändern, wohin das Mittel durch die Gewebssäfte verdünnt gelangt ist, findet man nur eine stärkere reaktive Entzündung.

Porosz-Budapest.

Ein Fall von präseniler Gangrän, von F. Erkes-Reichenberg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 46.) Im Anschlufs an den in Nr. 19 der *Med. Klinik* publizierten Fall von Schmiz, der einen 22jährigen Soldaten betraf, teilt Verfasser den von ihm beobachteten Fall eines 19jährigen Fabrikarbeiters mit, bei dem Gangrän einer zweiten Zehe deren Amputation erforderlich machte. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Bedeutung der Nabelmetastasen für die Diagnose abdomineller Neoplasmen, von Hermann Schlesinger. (*Mitteil. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien.* 1911. Nr. 2.) Sch. weist auf die grofse Bedeutung der Nabelmetastasen hin, da sie mitunter ein Frühsymptom bilden und öfters bei Patienten in Erscheinung treten, bei denen man infolge ihrer Korpulenz nicht an ein Neoplasma denken würde. Am häufigsten finden sie sich beim Magencarcinom.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ergebnisse der Krebsstatistik des Königreiches Bayern im Jahre 1909, von F. A. Theilhaber-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) Nach den hier mitgeteilten Zahlen scheint die Lokalisierung der carcinomatösen Gewächse im Körper nicht unwesentlich von dem Zustand der Blutzirkulation abzuhängen. Gesichtskrebs fand sich am häufigsten bei Personen, welche im Freien arbeiten; Mastdarmkrebs war vorwiegend bei Bureaubeamten und ferner bei Schmieden und Zimmerleuten anzutreffen, und der Magenkrebs war namentlich bei Personen in ärmlichen Verhältnissen, Webern, Holzfällern und Gemeindearmen vertreten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Der Bradshaw-Vortrag über Carcinoma, von A. P. Gould-London. (*Lancet.* 10. Dez. 1910 und *Brit. Med. Journ.* 10. Dez. 1910.) Verfasser gibt eine übersichtliche Darstellung unserer derzeitigen Kenntnisse von der Ätiologie und der pathologischen Anatomie des Leidens unter Berücksichtigung namentlich der englischen Literatur. An einer Reihe von Krankengeschichten aus seiner eigenen Praxis demonstriert er ferner, dafs eine definitive Heilung durchaus nicht so ganz selten zu erzielen ist. Wir dürfen nach den (hier geschilderten) Aufschlüssen, welche die neuere Forschung über das Wesen und die Eigentümlichkeiten des Carcinoms ergeben hat, die Hoffnung hegen, eine Beeinflussung des pathologischen Prozesses auch ohne operativen Eingriff doch noch ermöglicht zu sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der gegenwärtige Stand meiner ätiologischen Krebsforschung, von Robert Behla. (*Zentralblatt d. Krebskrankh.* 1910. Nr. 8.) Verfasser hält schon seit vielen Jahren unerschütterlich an dem Grundsatz fest, dafs als Erreger des Carcinoms ein parasitäres Gebilde und zwar ein zur Klasse der Myxobakterien gehörendes in Betracht komme und wurde in seiner Überzeugung noch durch seine berufsstatistischen

Ermittlungen (als Leiter der Medizinalabteilung im Kgl. Preufs. Statistischen Landesamt), wonach sich Berufe, die mit anorganischen Substanzen verbunden sind, im allgemeinen als krebsarm und die Berufe, die es mit fauligen, modrigen, schimmlichen, pflanzlichen und tierischen Substanzen und Medien zu tun haben, als krebsreich erweisen, bekräftigt. Die Myxobakterien nehmen gleichsam eine Mittelstellung zwischen Bakterien und Myxamöben ein, teilen sich wie Spaltpilze, bewegen sich kriechend, sondern eine Schleimmasse ab, formen derbwandige Bakteriencysten, was neben der Schleimbildung ihr Hauptcharakteristikum ist usw. Was im Tumorgewebe, sei es intra-, sei es extrazellulär, beobachtet wird, sind kleine, Mittel- und gröfsere Formen, relative und Cystenstadien, ungleichmäfsig verteilt, angepafst den jeweiligen histologischen Verhältnissen und dem chemischen Milieu. Entsprechend den pflanzenparasitären Krankheiten möchte B. bei der davon nicht sehr abweichenden Krebsgenese den fakultativen Parasitismus und die symbiotische Infektion eingeführt wissen und bringt hierüber ein höchst kompliziertes Beweismaterial aus dem jedenfalls gründlich von ihm studierten Gebiete der Bakteriologie, Algo-, Phyto-, Myko- und Myxomyzetologie. Als direkte Beweise führt er weiterhin den Käfigversuch — Spontanentstehung von Krebs bei Mäusen, welchen man auf Unterlage und Futter vegetierendes Dictyostelium verbreitet — und die Entstehung maligner Turmoren durch Einverleibung künstlicher Kulturen in die Bauchhöhle. Das alte Dogma, der Krebs sei eine epitheliale Erkrankung, liefse sich demnach nicht mehr aufrecht erhalten, statt des histologischen Begriffes müsse der ätiologische treten. B. hält es jedoch nicht für ausgeschlossen, dafs aufser direkten formativen Reizen, mechanischen, chemischen, physikalischen Autofermenten noch andere Ursachen, wie Reize von Parasiten oder deren Stoffwechselprodukten noch eine Rolle spielen. Der in manchen Orten gar nicht, in manchen selten, in manchen gehäuft vorkommende und seinen biologischen Eigenschaften gemäfs die Feuchtigkeit liebende ektogene Krebsparasit vermöchte auch, wie B. zum Schlusse anführt, über die so vielfachen rätselhaften Erscheinungen im örtlichen (geographischen) Auftreten des Krebses den Schleier zu lüften. Möchten all den überzeugenden Ansichten Bs. gewissenhafte Nachprüfungen Recht geben!

Stern-München.

Zur Ätiologie des Krebses und die Bedeutung der Riesenzellen in pathologischen Geschwülsten, von Mroezynski-Graudenz. (Verlag von Arnold Kriedtke, 1910.) In dieser kurzen Monographie gibt der Verfasser seiner Überzeugung Ausdruck, dafs die Riesenzelle einen Protozoën, die Krebszelle ein Produkt der Verschmelzung eines Protozoën mit einer Epithelzelle darstellt und dafs es in der Geschwulstpathologie nichts mehr gebe, was nicht durch den Parasiten erklärt werden könnte.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein Cancroid, von J. Justus - Budapest. (Budapester kgl. Ärzteverein. 1910.) Allgemein bekannt ist die geringere Widerstandsfähigkeit, die pathologische Teile gegen physikalische Einwirkungen (Radium) zeigen, während die benachbarten gesunden Teile diese Einwirkungen gut ertragen. Eine 70jährige Tagelöhnerin hatte, nahe zur Nasenspitze, ½ cm hoch sich erhebenden blafsroten Tumor, der in der Mitte ein wenig erodiert, von fester Konsistenz und mit der Umgebung verwachsen war. Zehn Tage später verflachte sich der Tumor und umschlofs eine wenig blutende erodierte Fläche. Zeichen einer Entzündung waren nicht mehr vorhanden. Auch die Stelle des Cancroids kann nicht mehr erkannt werden. *Porosz-Budapest.*

Die chirurgische Behandlung von Röntgenstrahlencarcinom und anderen erheblichen Läsionen gleichen Ursprungs auf Grund einer Besprechung von 47 Fällen, von C. A. Porter-Boston. (*Public. Massachusetts Gen. Hosp.* Bd. 3. Nr. 2. Okt. 1910.) Die hier teils in ihren Umrissen, teils mit allen Einzelheiten aufgeführten

47 Krankengeschichten umfassen 36 Fälle von sicherem epidermoidalem Krebs, von denen neun einen letalen Verlauf nahmen. Bei zwei von P. selbst beobachteten Fällen boten die histologischen Verhältnisse am meisten Ähnlichkeit mit einem Sarkom dar, während bei den übrigen Patienten die Läsionen teils milderer Art waren, teils die Bezeichnung prae-carcinomatös verdienten. Einige Fälle sind schon in der Literatur verzeichnet; einige verdankt P. den privaten Mitteilungen von Kollegen, und 13 gehören seiner eigenen Praxis an. Aus allen Beobachtungen ergibt sich die dringende Notwendigkeit, bei allen Hantierungen auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen die geeigneten Vorsichtsmafsregeln sorgfältig durchzuführen. Zur Behandlung der entstandenen Läsionen ist, sobald die Diagnose eines Neoplasma gestellt ist, die sofortige Entfernung desselben natürlich dringend indiziert. P. ist in der Lage, unter dem vorliegenden Material Fälle anzuführen, bei denen die Verzögerung direkt unheilvolle Folgen nach sich zog. Bei kleineren Tumoren genügt oft eine einfache Excision. Andererseits soll man nicht vergessen, dafs aller Erfahrung nach gerade die Röntgenkrebse sich oft durch ihren sehr progredienten Charakter und Malignität auszeichnen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Radiumtherapie beim Carcinom, von C. D. Morton-London. (*Brit. med. Journ.* 25. Febr. 1911.) Verfasser schildert einige von ihm mit Radium behandelte Fälle und kommt zu dem Resultat, dafs das Mittel sich entschieden vielfach als wirksam bewährt hat, doch sei dessen Hauptaufgabe wohl die der Unterstützung und nicht der Ausschliefsung des operativen Verfahrens. Vorläufig mufs es auch für die inoperablen Fälle reserviert bleiben. Bei den langsam wachsenden Krebsen ist die Wirkung des Radiums am deutlichsten ausgesprochen. Aufserdem ist hervorzuheben, dafs die günstige Wirkung sich sehr schnell, in wenigen Wochen oder gar Tagen, bemerkbar macht. Erfolgt binnen kurzer Zeit keine Änderung, so ist von dem fortgesetzten Gebrauch des Radiums auch nichts zu erwarten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Krebskuren in Cardigan, von G. M. Dawkin-Pontypridd. (*Brit. med. Journ.* 1. Apr. 1911.) Seit einiger Zeit betreiben in der Stadt Cardigan in Wales zwei Kurpfuscher ein lukratives Geschäft mit der vorgeblichen Heilung von Krebskranken. D. berichtet über fünf Patienten, welche sich bei ihnen in Behandlung gegeben haben und sämtlich dabei zugrunde gegangen sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Complementablenkung bei Carcinom, von A. Caan-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 14.) Verfasser berichtet über die Resultate, welche bei einer Serie von 85 an verschiedenen Körperstellen lokalisierten Carzinomen mit der nach der Wassermannschen und zugleich nach der v. Dungernschen Vorschrift ausgeführten Serodiagnose auf Lues erhalten wurden. Von den untersuchten Fällen reagierten 35 entweder deutlich oder schwach positiv, während 50 als negativ zu bezeichnen waren. Namentlich war der Prozentsatz der positiven Ergebnisse hoch bei Lippencarcinomen (von sieben Fällen sechs +) und bei Hautcarcinomen, von denen 10 unter 15 Fällen positiv ausfielen. Auf irgendeine definitive Deutung dieser Ergebnisse läfst sich Verfasser nicht ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Arsenkeratose und das Arsencarcinom, von Dubreuilh-Bordeaux. (*Ann. de derm.* Febr. 1910. Nach *Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 24.) Der Artikel bringt im wesentlichen nichts Neues. *Götz-München.*

Ein Fall von Ulcus rodens des Oberschenkels, von H. E. Friend und F. C. English. (*Lancet.* 1911. 4. März.) Die allerersten Anfänge der Affektion waren von der 68jährigen Patientin angeblich schon im Jahre 1874 bemerkt worden, aber im Jahre 1905 hatte die Geschwulst erst die Gröfse etwa eines Zehnpfennigstückes erreicht. Nach weiteren vier Jahren war bei nur palliativer Behandlung das Gewächs bis zu

Fünfmarkstückgröfse ausgewachsen. Die operative Entfernung scheint nach einem einmaligen Rezidiviren vollkommen erfolgreich gewesen zu sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung von Ulcus rodens mit Uranium-Kalziumphosphat, von A. Churchward-London. (*Lancet.* 11. März. 1911.) Verfasser hat konstatiert, dafs das Uranium-Kalkphosphat Radioaktivität besitzt und hat daraufhin drei Fälle von Ulcus rodens durch Bestrahlungen mit diesem Mineral behandelt und sehr gute Resultate erzielt. Die Applikation geschieht sehr einfach in der Weise, dafs die zu behandelnde Stelle mit Lint bedeckt wird, und auf dieses das Uranium gelegt wird. Man wickelt noch ein paar Bindentouren darüber und läfst den Patienten drei bis vier oder auch fünf Stunden ruhig liegen. Dies wird täglich wiederholt, eventuell unter Verminderung der Dauer der Anwendung, wenn die Reaktion zu lebhaft wird. Völlige Heilung erfolgte in fünf bzw. neun Wochen, während beim dritten Fall das Gewächs auf den zehnten Teil seiner ursprünglichen Ausdehnung zurückgegangen ist. Das Präparat hat übrigens jedenfalls den Vorzug des billigeren Preises gegenüber dem Radium.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die klinische Bedeutung des sogenannten Pagetschen Brustkrebses (Krebsekzem der Brust), von G. Hirschel-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50). Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dafs es bei dem sogenannten Pagetschen Brustkrebs — Verfasser zieht die Bezeichnung Krebsekzem der Brust vor — nicht um eine krebsige Entartung eines Ekzems, sondern umgekehrt, um ein durch ein vorhandenes Carcinom bedingtes Ekzem handelt. Verfasser berichtet über zwei Fälle dieser Art, welche längere Zeit unerkannt geblieben waren. Obwohl das Leiden, von dem erst hundert und einige Fälle in der Literatur verzeichnet sind, allerdings nicht als häufig bezeichnet werden kann, wird man jedenfalls gut tun, auch bei anscheinend simplen Ekzemen an der Mamillargegend sein Augenmerk auf die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Neubildung in der Tiefe zu richten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die spontane Rückbildung des Hautepithelioms, von Joseph Bolognesi-Bologna. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 94. Heft 3.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Salvarsan und Epitheliom, von M. Serrano und E. Alvarez Sains de Aja-Madrid. (*Rev. clin. de Madrid.* 1911. Nr. 6.) Bei einem Zungenepitheliom, das bei einem alten Luetiker aufgetreten war, hatten die Verfasser auf Injektion von 0,3 Salvarsan intravenös einen vollkommenen Mifserfolg. *Gunsett-Strafsburg.*

Multiple, z. T. tomatenähnliche Epitheliome, von Erich Hoffmann. (Sitzungsbericht d. niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde zu Bonn, Med. Abt. 18. Juli 1910.) Bei einer 71jährigen Frau hatten sich im Verlaufe von 51 Jahren zahlreiche kleine halbkugelige, z. T. tomatenähnliche Geschwülstchen im Gesicht, auf dem Kopfe und schliefslich auf dem Rumpfe gebildet, die sehr langsam wuchsen. Einige sind ulceriert. Histologisch erwiesen sie sich als Basalzellenkrebse. Das Bild entspricht den Endotheliomen Spieglers. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Übertragung von Rattensarkom und Mäusecarcinom auf neugeborene Tiere, von A. Buschke-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) Es gelang Buschke, Rattensarkom und Adenocarcinom der Maus auf ganz junge Tiere (drei Tage alt) der gleichen Art zu übertragen. Die Tiere entwickelten sich trotz Wachstums des Tumors bisher gut. *Arthur Schucht-Danzig.*

Multiple Melanome, von Erich Hoffmann. (Sitzungsber. d. niederrhein. Ges. für Natur- u. Heilkunde zu Bonn, Med. Abt. Sitzung vom 12. Dez. 1910.) Eine 70jährige Patientin bemerkte vor drei Jahren eine kleine blauschwarze Geschwulst am linken Daumenballen, die allmählig gröfser wurde und 1910 exstirpiert wurde. Nachher

traten zahlreiche cutane und subcutane, bläuliche bis blauschwarze Tumoren von Hirsekorn- bis Erbsengröfse auf. Sie sitzen besonders im Gesicht, auf den Armen und am weichen Gaumen. Histologisch zeigen sich sarkomartige Tumoren mit echtem melanotischem Pigment. Trotz Salvarsan wachsen die Knötchen weiter.

Richard Frühwald-Leipzig.

b. *Benigne.*

Über einen Fall von multiplen Hautfibromen mit Nebennierengeschwulst. Ein Beitrag zur Kenntnis des sog. Morbus RECKLINGHAUSEN, von K. KAWASHIMA-Japan. (*Virchows Arch.* Bd. 203. Heft 1.) Bei einer 33jährigen Frau gingen die multiplen Hautfibrome von den Bindegewebsscheiden der Nerven aus. Eine Beteiligung der Nervenfasern fand nicht statt. Die Hautfibrome waren ohne muzinöse Veränderung und wiesen zahlreiche grofse Mastzellen, aber keine elastischen Fasern auf. In der Geschwulst der Nebenniere fand sich eine primäre Hyperplasie und Polymorphie der Markzellen. Von der Auffassung ausgehend, dafs die Erkrankung des chrombraunen Gewebes als zum Morbus RECKLINGHAUSEN gehörig gelten soll, betrachtet K. das Vorkommen der chrombraunen Geschwulst des Nebennierenmarkes als eine wichtige Teilerscheinung, nicht als eine zufällige Komplikation und schliefst sich bezüglich der Entstehungsursache der dystrophischen Theorie an. *Schourp-Danzig.*

Fall von RECKLINGHAUSENscher Krankheit mit Osteomalacie, von GABRIEL. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) Die beiden interessanten Fälle zeigen aufser den für die RECKLINGHAUSENsche Krankheit typischen Veränderungen, nämlich den Hautfibromen, Neuromen und der Pigmentierung, noch ungewöhnliche Erscheinungen in Gestalt von exorbitanten Knochenverbiegungen, die die Brust, Wirbelsäule und den ganzen Torax betreffen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bemerkungen über Neurofibromatosis, von WILLIAM B. TRIMBLE - New York. (*New York med. journ.* 25. Febr. 1911.) Von den von T. beobachteten fünf Fällen betrafen zwei Mutter und Tochter, bei welch beiden die Affektion im Alter von 16 Jahren aufzutreten begann; die hereditäre, auch von anderen Autoren schon hervorgehobene Natur des Leidens dürfte also für viele Fälle zutreffen. Die von mancher Seite erhobenen Zweifel, ob Fibroma molluscum und RECKLINGHAUSENsche Krankheit stets identisch sind, beseitigt T. damit, dafs es eben verschiedene Stadien oder Varietäten dieses Hautleidens gibt und zwar nach WEBER folgende: 1. Neuroma plexiforme, mit oder ohne Hautpigmentierung, aber nicht von multiplen mollusken Hauttumoren begleitet. 2. Fälle multipler mollusker Hauttumoren ohne gleichzeitige Neurofibromatosis, mit oder ohne Hautpigmentierung. 3. Fälle, wo nur letztere, aber kein Neurofibrom der Nervenstämme oder molluscöser Tumor vorhanden ist. 4. Abnorme Fälle von Neurofibromatosis, kompliziert mit gleichzeitiger Knochenwucherung, gewöhnlich des Schädels und endlich 5. die vollständig zu nennende Form, bei welcher multiple Tumoren, Hautpigmentierung und einige Neurofibrome ohne Knochenverdickung vorhanden sind. Von den fünf Fällen betrafen drei Frauen im Alter von 30 bis 47 Jahren und zwei Männer, 23 und 44 Jahre alt. Bezüglich der bekanntlich wenig aussichtsreichen Behandlung ist hier nichts erwähnt. *Stern-München.*

Die klinischen Symptome und Therapie der chronischen subcutanen Fibrosis, von R. STOCKMAN - Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 18. Febr. 1911.) Nach den Darlegungen von S. ist die übliche Auffassung der sog. DERCUMschen Krankheit als Adipositas dolorosa durchaus irrig. Es handelt sich vielmehr um eine entzündliche Verdichtung des subcutanen Bindegewebes mit deren Folgewirkungen, wobei es ganz irrelevant ist, ob das Fett vermehrt ist oder nicht, nur dafs die Ansammlung gröfserer Fettmassen die Behandlung allerdings ganz erheblich erschwert. Diese fibrosischen

Herde sind bald nur erbsengrofs, bald von sehr beträchtlichem Umfang. Histologisch präsentieren sich diese Gebiete als chronisch entzündet, mit Verdichtung des Fasernetzes und Vermehrung der Fibroblasten. Auch die Blutgefäfse sind an dem Prozefs beteiligt und, was das wichtigste ist, den betreffenden Nervenästchen. Als Ursachen sind zu nennen rheumatische Prozesse, Akne, Gonokokkeninfektion und andere infektiöse Erkrankungen, Influenza und Colitis mucosa. Zur Behandlung dient hauptsächlich Massage nebst heifsen Bädern, Moorbädern, Heifsluftbädern usw. Auch sind verschiedene Medikamente, Jod, Fibrolysin u. a. versucht worden, wenn auch nicht mit grofsem Erfolg. Bei vorhandener Adipositas ist zunächst diese zu bekämpfen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatitis ossificans progressiva bei Myositis ossificans, von René Horand. (*Lyon méd.* 1911. S. 315.) Ein 14jähriges Mädchen leidet seit sieben Jahren an progressiver Verknöcherung der Muskeln. Diese hatte am Nacken, dem Schultergürtel und dem Rücken begonnen und im Verlaufe der Jahre auf die Oberextremitäten, dann den Stamm und schliefslich auf die Unterextremitäten übergegriffen. Aufserdem zeigt die Patientin auf den Handrücken und der Streckseite der Unterarme hirsekorn- bis mistelgrofse Knötchen von mattweifser Farbe und einer nabelartigen Einsenkung im Zentrum. Diese sind steinhart, von einem Entzündungshofe umgeben und sitzen auf einer infiltrierten Basis. Sie treten schubweise auf, können sich spontan rückbilden oder entleeren eine breiige Masse, die anscheinend Kalksalze enthält. Die Knötchen reichen durch die ganze Haut bis in die Subkutis und scheinen durch Degenerierung der Schweifsdrüsen zu entstehen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Das Radium gegen die Angiome, von Achille Breda. (*Atti d istitutoel R. Veneto di scin., lett. ed arti.* 1909—1910, 69. Bd., II. Teil.) Aus einer kleinen Statistik, die sich auf fünf Fälle von planem und sieben Fälle von tuberösem Angiom erstreckt, schliefst der Verfasser, dafs das Radium in jedem Falle von Angiom sichere Heilung mit aufserordentlich guter Narbenbildung verspricht. Diese Heilung ist am leichtesten bei ganz jugendlichen Individuen zu erzielen, während Angiome bei 15 bis 20jährigen bereits einen hartnäckigen Widerstand leisten können. Bei der Ähnlichkeit der physiologischen Wirkung der γ-Strahlen des Radiums und der weichen Röntgenstrahlen ist es leicht erklärlich, dafs diese in vielen Fällen die Wirkung jener unterstützen können. Man beginnt dann die Behandlung mit Röntgenstrahlen und geht zum Schlufs zur ruhigeren und delikateren Action der Radiumstrahlen über. Was die mikroskopischen Veränderungen der Radiumstrahlen in der Haut anbetrifft, so geht aus seinen Versuchen am Kaninchenohr und an der menschlichen Haut hervor, dafs das Primäre immer eine Läsion der Gefäfse vor der Läsion der Epidermis und der Haare ist. *Gunsett-Strafsburg.*

Diffuses Lipom, von J. Hutchinson sen.-London. (*Lancet.* 26. Nov. 1910.) Beim Esel hat H. wenigstens in zwei Fällen die Entwicklung von ausgedehnten Lipomen am Nacken im Gebiete der Mähne beobachtet. Er stellt diese Erscheinung im Tierreich in Parallele zu dem Vorkommen von diffusen Lipomen am Nacken beim Menschen und bespricht einzelne Fälle unter Wiedergabe von Abbildungen. Auch erwähnt er einen Fall von Lipombildung am Mons veneris bei einem Manne. Es wäre wohl eine spezifische Beschaffenheit des subcutanen Fettes an diesen Stellen anzunehmen, wodurch die Neigung zur Entartung zu erklären wäre, doch fehlen noch die genaueren diesbezüglichen Forschungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vereinzelter histologischer Befund bei einem Aknekeloid und Beitrag zur Bedeutung und Funktion der Plasmazellen Unnas bei chronischen entzündlichen Prozessen der Haut, von Stancanelli. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1910. H. 23.) In dem perivasalen Infiltrat fanden sich zahlreiche Plasmazellen. Ver-

fasser hält auf Grund dieses Befundes eine parasitäre Genese der Affektion für wahrscheinlich. *Haas-Hamburg.*

Massenkeloid des Gesichts und der Hände, von C. A. Porter-Boston. (*Publ. Massachusetts Gen. Hosp.* Okt. 1910. Bd. 3, Nr. 2.) Infolge einer Verbrennung bei einer Explosion in der Feuerwerkfabrik sind bei einem 19jährigen Italiener etwa zehn Monate nach dem Unfall Keloidwucherungen entstanden, welche, wie die beigegebenen Abbildungen zeigen, die Hände total deformiert und das Gesicht bis zu absoluter Unkenntlichkeit entstellt haben. Im Laufe von etwa $3^1/_2$ Jahren sind im Krankenbaus zwölf Operationen teils von P., teils von zwei anderen Chirurgen ausgeführt worden. Es sind dadurch am Gesicht annähernd normale Verhältnisse geschaffen worden, und auch die Hände sind soweit wieder hergestellt, dafs sie für die meisten Manipulationen genügen. Ein systematisch durchgeführter Versuch mit Röntgenbestrahlung scheint keinen wesentlichen Effekt erzielt zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ätiologie der Warzen, von Douglass W. Montgomery-San Francisco. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 16.) Feuchte Hitze bildet eine prädisponierende Ursache für das Auftreten von Warzen; heifses Wasser allein genügt schon, um Warzen hervorzurufen, wie ein Fall dem Verfasser beweist. *Schourp-Danzig.*

Ein Kunstgriff bei der Behandlung der Verruca vulgaris, von J. Csillag-Budapest. (*Bör-ès Bujakórtan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 3.) Die die Warze bedeckende dicke, trockene Hornschicht läfst nämlich als schlechter Wärmeleiter den Heilfaktor, die gebundene — 78° C Kälte, den unteren Schichten nicht vermitteln. Verfasser wendet daher Kohlensäureschnee nicht nur auf die Warze selbst, sondern auch auf die sie umgebende gesunde Haut an. Die sich so um die Warze herumbildende Blase hebt gewöhnlich auch die Warze ab, so dafs sie einen Teil der Blasenhülle zu bilden pflegt. In 15 Fällen entfernte Verfasser mehr als 100 Warzen. Von diesen Fällen hebt er folgenden hervor: Ein 68jähriger Schneider mit 14 — seit 20 Jahren bestehenden — kleinen, haselnufsgrofsen Verrucae vulgares. Verfasser versuchte vorerst mit Elektrolyse, später mit Trichloressigsäure einzeln zu vernichten, aber sie erneuerten sich und erreichten in kurzer Zeit wieder die ursprüngliche Gröfse. Sie wurden dann in erwähnter Weise behandelt, 1—$1^1/_2$ Minute pro Warze. Sieben Monate nach der Behandlung war Patient warzenfrei. Rückfall trat nicht auf. Somit können die Warzen nach Verfasser sicher und ohne Zurücklassung einer narbigen Spur vernichtet werden. *Porosz-Budapest.*

Behandlung der spitzen Kondylome mit Röntgenstrahlen, von Chicotot. (*Presse méd.* 1910. Nr. 82.) Das zu behandelnde Kondylom wird zuerst vermittels eines Tropfens Ziehlscher Lösung gefärbt, um dasselbe gut hervortreten zu lassen, dann durchgepaust und auf eine Bleilamelle übertragen, auf der die Gröfse und Form des Fleckens exakt herausgeschnitten wird. So können die gesunden Hautpartien vollkommen bedeckt werden. Dann müssen die unteren Extremitäten isoliert werden, um das Überspringen von Funken von der Röhre auf dieselben zu vermeiden. Vermittels eines speziell vom Verfasser modifizierten gynäkologischen Untersuchungsstuhles (bei Bretodeau-Paris fabriziert) gelingt es leicht, die Vulva bequem der Röntgenröhre zu nähern. So können, ohne Gefahr einer Radiodermitis mit Leichtigkeit 5, 6, 7 und sogar 10 H. mit Strahlen von einer Penetrationsfähigkeit 7—9 appliziert werden. Diese Applikationen erfordern mit einer harten Chabaud-Röhre ungefähr zwei Minuten pro H. So gelingt es in drei bis sechs Sitzungen die Vegetationen zur Heilung zu bringen. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Entstehung traumatischer Epithelcysten, von Karl Fink. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1910.) Wird bei irgendeiner Verletzung eine Epithelscholle aus der Epidermis abgesprengt und gelöst, von ihrem ernährenden Bindegewebe

in tiefere Gewebsschichten implantiert, so kann aus ihr niemals eine Epithelcyste entstehen. Die Epithelscholle wird nekrotisch und entfaltet höchstens Fremdkörperwirkung, d. h. sie führt zur Bildung von Riesenzellen (Manasse, Henle). Bleibt die verlagerte Epithelscholle im Gebiet der Anhangsgebilde der Haut liegen, so kann sie, rein theoretisch gedacht, im Sinne von Pels-Leusden, ebenso wie ein verlagerter Fremdkörper oder ein Blutkoagulum den Kern bilden, um den von den Ausläufern der Schweifsdrüsen und Haarbälge eine Epithelcyste herumwächst. Es resultieren für die Entstehung der traumatischen Epithelcysten somit nur zwei Möglichkeiten: 1. Ein Teil der Epithelcysten entsteht dadurch, dafs durch ein Trauma, z. B. einen Schufs, Stich, ein Stück Epithel mit seinem ernährenden Mutterboden in tiefer liegende Gewebe verpflanzt wird und dort nach Verheilung der äufseren Verletzung zu einer Cyste auswächst (Ribbert, Reverdin, Kaufmann, Garrè). Viele Epithelcysten entstehen ohne Implantation von Epithel von den Anhangsgebilden der Haut aus, sobald im Stratum papillare oder reticulare der Cutis oder sogar in der Tela subcutanea ein Blutkoagulum oder ein Fremdkörper liegen, welche die Anhangsgebilde der Haut, die Schweifsdrüsen oder die Haarbälge schädigen (Pels-Leusden).

Fritz Loeb-München.

Primäre Geschwulstbildung der Brustwarze, von Creite-Göttingen. (*Dtsch. Ztschr. f. Chirurg.* Bd. 109, Nr. 1—2.) Fall eines Fibroma pendulum an der unteren Hälfte der Mammilla einer 31jährigen Frau. *Schourp-Danzig.*

c. *Pigmentanomalien.*

Beitrag zur Kenntnis des Bronze-Diabetes, von Ridder-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Beschreibung eines Falles von Bronze-Diabetes, in dem schon vier Jahre vor Beginn der Glykosurie Pigmentierung an den distalen Körperteilen und leichte Ödeme an den Unterschenkeln aufgetreten waren; etwa ein Jahr, nachdem die Pigmentierung sich gezeigt hatte, wurde eine Lebererkrankung konstatiert. Möglicherweise war diese schon vor der Pigmentierung vorhanden; jedenfalls sieht R. in der Leberschädigung das Primäre und wesentliche beim Bronze-Diabetes.

Götz-München.

Zur Frage der Beziehung zwischen Status lymphaticus, bzw. thymolymphaticus und Morbus Addisonii, von Felix von Werdt-Basel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Ein ausführlich beschriebener Fall von Koinzidenz des Morbus Addisonii mit Status lymphaticus scheint Verfasser im Verein mit den sonst beobachteten gleichartigen Fällen für die Streitfrage über die Bedeutung des Nebennierenmarkes und des übrigen chromaffinen Systems beim Morbus Addisonii von grofser Bedeutung zu sein. Es ist auffallend, dafs ein Zustand, wie der Status lymphaticus, der nachgewiesenermafsen stets mit einer Hypoplasie des chromaffinen Systems einhergeht, sich fast regelmäfsig bei einer Krankheit findet, die ihren Hauptsitz in den Nebennieren hat. Es sei daher kein Grund vorhanden, von der durch Wiesel formulierten Bedeutung des chromaffinen Gewebes für die Genese des Morbus Addisonii abzuweichen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein interessanter Fall von Acanthosis nigricans, von E. Brezovsky-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 30.) Bei dieser Erkrankung, deren Ätiologie bisher noch unbekannt ist, wurde zumeist eine carcinomatöse Erkrankung der inneren Organe, der Brüste, des Uterus nachgewiesen oder wenigstens das Vorhandensein einer solchen angenommen. Der Fall des Verfassers verdient veröffentlicht zu werden, weil bei dem jungen, 21jährigen Tagelöhner trotz der genauesten und eingehendsten Untersuchung keine krebsartige Erkrankung nachgewiesen werden konnte. Die Haut des Kranken ist an den meisten Stellen gelblich-braun, stellenweise, z. B. auf dem Gesicht, auf der

Stirn, von gelber Schattierung wie beim Ikterus. Auf dem Halse rings umher, in Kragenform, mit nach oben scharfen Grenzen, ist die Haut schokoladenbraun, fettig, fühlt sich konsistent an und infolge von Papillar- und Epithelhyperplasie bildet die Haut kammartige Erhöhungen und tiefe Hautfurchen. Noch stärkere hyperplastische Papillen mit tiefen Furchen sehen wir in beiden Achselhöhlen, wo die Veränderung maximal ist. Auf dem Rücken bis zum Nacken, auf der Brust bis zur Höhe der Brustwarzen ist die Haut dunkelbraun, starr, fühlt sich trocken an, hat eine feine mosaikartige Zeichnung und geht in der Achsellinie in die Veränderung in der Achselhöhle über. Der Hof um die Brustwarze ist stark pigmentiert. Die Haut um den Nabel ist ebenfalls pigmentiert und zeigt eine papillare Überwucherung. Der Anus, der Penis und das Scrotum sind ebenso pigmentiert, wie der Bauch und hier ist das Furchensystem der Haut ausgeprägter als anderwärts. Diese Veränderung geht verwischt in die gesunde Haut über. Auf den Aufsenseiten der Arme ist ein handgrofser, kaffeebrauner Fleck. Ein ebensolcher ist in der Kniebeuge. Um den Mund ist eine kaffeebraune Pigmentation sichtbar. Drüsenvergröfserung konnte nirgends konstatiert werden. Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Hautstück vom Rücken exstirpiert. Eine partielle Verdickung des Stratum corneum. Die Papillen sind stellenweise in Bündel geprefst und ähneln einem cancroidartigen Gebilde. Das Stratum granulosum zeigt keine Abweichung. Das Stratum spinosum ist hypertrophiert und zeigt gut gefärbte Kerne. Die Zellen des Stratum basale sind walzenförmig und zeigen überall die Kernfärbung gut, aber das ganze Gebiet des Protoplasma füllen feine rötlichbraune und nur bei tausendfacher Vergröfserung gut sichtbare alleinstehende Körnchen. Des Verfassers Fall gehört zu den wenigen Fällen, in denen Carcinom oder eine andere maligne Geschwulst, trotz der eingehenden und fachgemäfsen Untersuchung nicht nachgewiesen werden konnte. Jede Therapie war ganz belanglos. *Porosz-Budapest.*

Urticaria pigmentosa, von Nicolas und Moutot. (*Province méd.* 5. März 1910.) Beschreibung eines typischen Falles bei einem Kinde, das etwa 14 Tage nach der Geburt von zahlreichen, erhabenen, roten Flecken, die nicht juckten, befallen wurde. Die Herde blieben bestehen, wurden immer brauner und flachten schliefslich nach langer Zeit etwas ab, Aufserdem bestehen die Elemente eines Strophulus. Klinische und histologische Erwägungen veranlassen die Verfasser, die Urticaria pigmentosa mit der Urticaria simplex in Verwandtschaft zu bringen. Zwischen beiden Formen gibt es Übergänge. Die Ursache scheint in Autointoxikationen zu liegen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Behandlung der Varicen und des Ulcus cruris, von Eugen Bircher-Aarau. (*Zentralbl. f. Chir.* 1911. Nr. 13.) Empfehlung des von Rindfleisch angegebenen Spiralschnitts, der in Abständen von 6—10 cm mehrmals um den ganzen Unterschenkel und bis weit an den Oberschenkel (unter Schonung des Kniegelenks) gelegt wird, wobei das Ulcus vom Schnitte getroffen wird. Die bis auf die Muskelfascie geführten Schnitte bringen sämtliche Venenlumina zur Verödung, es mufs aber dafür gesorgt werden, dafs sie nicht per primam ausheilen, sondern granulieren. Die torpiden Granulationen werden weggekratzt und in der Folge schiefsen in kurzer Zeit gute Granulationen auf, deren Epithelisierung mit der Ausheilung des Rindfleischschen Spiralschnittes zeitlich gleichmäfsig verläuft. *Gunsett-Strafsburg.*

Sklerodermie, von Bonnet und Dufourt. (*Lyon méd.* 1911. S. 78.) Eine Patientin, die am ganzen Körper, besonders aber im Gesicht, am Halse und an den

Extremitäten von Sklerodermie im ödematösen Stadium befallen war. Durch Verabreichung von Schilddrüsensubstanz wurde ein glänzender Erfolg erzielt, so daſs die Verfasser der Thyreoidea eine gewisse Rolle in der Ätiologie der Sklerodermie zuschreiben. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Fortschreitende Sklerodermie und Bemerkungen über deren Pathogenese, von Roubier und Lacassagne. (*Lyon méd.* 1911. S. 97.) Bei einer 35jährigen Patientin hatte vor sechs Jahren die Sklerodermie an den Händen mit Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit begonnen und allmählich die Oberextremitäten und das Gesicht befallen. Die Untersuchung der einzelnen Organe, speziell des Nervensystems war negativ. Als Ursache sehen die Verfasser eine Minderwertigkeit des Nervensystems an, die sich auch in einer seit dem 18. Lebensjahre bestehenden Epilepsie kundgibt. Eine gewisse Rolle mag auch einer tuberkulösen Infektion, kenntlich an Fibrose der rechten Spitze, zufallen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Bericht über einen Fall von Skleroma neonatorum, von R. E. Sedgwick Carlisle. (*Lancet.* 4. Febr. 1911.) Aus diesem Bericht über einen recht typischen Fall mögen nur folgende Einzelheiten hervorgehoben werden: Die Affektion war erst am zehnten Lebenstage aufgefallen. An der Nabelschnur war nichts Pathologisches zu konstatieren. Das Blut zeigte äuſserst schnelles Gerinnen, enthielt ungefähr die normale Zahl von Erythrocyten und 100% Hämoglobin. Der Tod erfolgte am 14. Tage nach der Geburt. Die zur Untersuchung disponiblen Muskelportionen zeigten einen ganz enormen Fettgehalt. Sonstige pathologische Vorgänge konnten bei der (nur in beschränktem Umfang gestatteten) Sektion nicht festgestellt werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinischer, histologischer und kritischer Beitrag zum Studium des Xanthelasma, von Stancanelli. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* XXXII, Heft 24.) In der Entwicklung des Xanthelasma kann man drei Perioden unterscheiden: 1. die Periode der Proliferation, 2. der Degeneration und Nekrobiose, 3. eine Periode, wo das Gewebe einer eigenartigen Struktur beraubt ist und den Anblick und die Reaktion von kolloider Substanz gewährt. Die gelbe Farbe des Xanthelasma ist einem speziellen Pigment zuzuschreiben, das nicht die Reaktion des Eisens hat, analog scheint dem Lutein und sich im Stratum papillare und subpapillare, manchmal auch in den tieferen Schichten des Malpighischen Körpers findet. Weder klinisch noch histologisch erscheint ein fundamentaler Unterschied zwischen dem circumscripten Xanthelasma palpebrae und dem diffusen zulässig. Das systematische Studium der histologischen Befunde läſst es nicht als neoplastische Dermatose auffassen, sondern als endogene Toxikodermie mit klinisch-persistenten Erscheinungen. *Haas-Hamburg.*

Vitiligo traumatica, von Erich Hoffmann. (*Sitzungsber. d. niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk.*, Med.-Abt. 18. Juli 1910.) Bei einem Knaben entwickelten sich nach einer Verletzung durch Steinwurf zahlreiche Vitiligo- und Poliosisflecke im Bereiche des Trigeminus und des Plexus cervicalis. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ätiologische und therapeutische Erfahrungen über Vitilogo („Dyshumorale“ Genese und Organotherapie der Flecken), von Löwy-Marienbad. (*Prag. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) Es kommt Vitiligo vor bei Kranken mit ungewöhnlichen Störungen im Gleichgewicht der Drüsen mit innerer Sekretion („Dyshumorie“). Die Fälle wiesen interne, neurologische und gelegentlich psychische Störungen auf und hatten dabei zumeist Pigmentveränderungen, häufig in Form einer zusammenhängenden braungelblichen Verfärbung gröſserer Hautstrecken an Hals, Brust, Rücken und Gesicht, hier am häufigsten um Mund und Augen.

Verfasser weist darauf hin, daſs Pigmentveränderungen zur Symptomatologie der

Gleichgewichtsstörungen der inneren Sekretion gehören und gibt an, dafs seine Fälle überwiegend Myxödemcharakter hatten, ohne in dieses Krankheitsbild zu fallen.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Frage eines Zusammenhanges zwischen Vitiligo und Augenleiden, von Paul Erdmann-Rostock. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkde.* Febr. 1911.) E. hatte Gelegenheit, einen Patienten zu beobachten, der durch längere Zeit an hemeralopischen Beschwerden ohne nachweisbare Ursache litt. Später trat eine chronisch verlaufende Chorioretinitis mit starker Exsudation in den Glaskörper dazu. Gleichzeitig wurde eine ausgedehnte Vitiligo festgestellt. Als die Chorioretinitis in Heilung überging konnte man auch eine Rückbildung der Vitiligo beobachten. Auf Grund seiner Überlegungen hegt Verfasser die Vermutung, dafs die beobachtete Entzündung der Aderhaut zu den bei Heterochromie gesehenen Erkrankungen gehört und dafs ihr und der Vitiligo dieselbe Ursache zugrunde liegt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Idioneurosen.

Pruritus. Pruritus ani et vulvae. (Ohne Angabe des Autors. *Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 14.) *Schourp-Danzig.*

Über Hautjucken, seine Ursachen und seine Behandlung, von M. Lewitt-Berlin. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1911. Nr. 2.) Nichts Neues.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Behandlung juckender Dermatosen mit warmer bewegter Luft, von Dreuw-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Dr. empfiehlt die warme bewegte Luft als aufserordentlich juckstillendes und aufserdem austrocknendes und keratoplastisches Mittel, das bei allen juckenden Dermatosen, besonders bei mit intensiver Parakeratose einhergehenden, dann bei allen nässenden und geschwürigen Hautaffektionen ausgezeichnet wirkt. Man läfst die warme bewegte Luft, die in einem elektrischen Warmluftapparat erzeugt wird, ein- bis zweimal täglich etwa 15 Minuten einwirken; der Patient kann das selbst machen. Wenn die Anschaffung eines Apparates unmöglich ist, setzt sich der Kranke in die Nähe eines gut geheizten Ofens und fächelt die warme Luft der erkrankten Stelle zu. In zwei Fällen von Prurigo mitis hat Dr. vier Apparate in verschiedener Höhe befestigt und die Patienten in diesen Kreis von Luftduschen gebracht; der Erfolg war ganz frappant. *Götz-München.*

Über die neue Behandlungsmethode des essentiellen Pruritus vulvae und anderer Sakralneurosen, von G. Schubert-Beuthen (O.-Schles.) (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 14.) Bei mehreren, zunächst mit anderen Mitteln von ihm erfolglos behandelten Fällen von intensivem Pruritus vulvae hat Sch. mit bester Wirkung die von Stöckel zu anderen frauenärztlichen Zwecken empfohlene epidurale Injektion unter Verwendung einer Schleichschen (β-Eukain-) Lösung ausgeführt. Diese setzt sich zusammen aus: ℞ Cocain. hydrochloric. 0,1, β-Eucain. 0,1, Natr. chlorat. 0,4, Aq. dest. 200,0. Es wurden hiervon zunächst 1,5 ccm in den Sakralkanal und ebenso viel in die Gegend des Tuber ossis ischii an dessen Innenseite injiziert. Alsbald trat eine entschiedene Besserung ein; zur Heilung war es aber nötig, die Injektion gelegentlich zu wiederholen. Bei einigen Kranken wurde die Dosis etwas höher bemessen; es wurden drei und schliefslich bis zu 5 ccm injiziert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Laut uns zugehender Benachrichtigung ist der für September 1911 zu Rom angesetzte VII. Internationale Kongreſs für Dermatologie und Syphiligraphie auf **Mitte April 1912** verlegt worden.

Infektionen mit Bacillus coli, deren Erkennung und relative Häufigkeit, von J. Stavely Dick-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1910.) Als Beispiel einer ungewöhnlichen Wirkung des Bacillus coli schildert D. folgende Fälle: I. Ein mit ausgedehnten Verbrühungsläsionen am Gesäſs und an den Beinen schwer erkranktes Kind zeigte einige Stunden vor dem Tode groſse Quaddeln mit Petechien am ganzen Körper. Aus einer derselben wurde unter allen Kautelen mit einer Spritze Exsudat entnommen und auf Agar übertragen, wo sich alsbald eine Reinkultur von Bacillus coli entwickelte. Auch aus einer der noch intakt gebliebenen Blasen am Beine wurde derselbe Mikroorganismus in Reinkultur gewonnen. II. Bei einem an schwerer Lungenentzündung erkrankten Manne von 56 Jahren wurde unter dem Pneumococcus auch ein dem Bacillus coli ähnlicher Bazillus im Sputum gefunden. Im Urin wurde späterhin auch Bacillus coli gefunden. III. Eine 32jährige Wöchnerin erkrankte nach einem 14 Tage lang fieberlosen aber durch Retentio urinae gestörten Wochenbett an leichtem Fieber und einem skarlatiniformen Ausschlag, der noch mit Urticariaquaddeln kombiniert war. Der Urin enthielt einen zur Kolongruppe gehörigen Bacillus. Ein ähnlicher Bazillus fand sich im Urin bei einer mit schweren Allgemeinerscheinungen erkrankten 28jährigen Gravida. Genesung erfolgte erst nach Injektion einer autogenen Vaccine des gezüchteten Mikroorganismus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Nachweis von kürzlich überstandener schwerer Krankheit durch den Nagelbefund, von N. Flower und J. Wilks-London. (*Brit. med. Journ.* 15. April 1911.) Bei einer 61jährigen Dame, welche nach einer Operation wegen Appendicitis mit Absceſsbildung an sekundären Hämorrhagien nebst Gangrän der Wandung der Abdominalinzision, Ikterus, Koma und späterhin an hypostatischer Pneumonie und Empyem bis zu den Erscheinungen des unmittelbar drohenden Todes erkrankt gewesen war, bemerkte man während der Rekonvalesenz, als Patientin zum erstenmal das Bett verlieſs, etwa zehn Wochen nach dem ersten Erkranken, daſs sowohl an den Fingern wie an den Zehen alle Nägel an der Grenze vom ersten zum zweiten Drittel einen querverlaufenden, weiſsen Streifen trugen. Auch boten zwei Nägel noch transversale Wülste dar, und es wurde konstatiert, daſs die Nagelsubstanz an dem proximalen Teilen von wesentlich weicherer Konsistenz war. W. hat schon 1869 über diese Erscheinung berichtet; er hat seitdem an seiner eigenen Person und etlichen anderen Fällen, auch als Folge von sehr schwerer Seekrankheit, die Abnormität beobachtet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Technik der Venaepunktion und intravenösen Infusion, von Richard Bauer-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 19.) Beschreibung einer Stauungsbinde, deren Manschette wie bei Riva-Rocci durch Luft aufgeblasen wird; ein Dreiweghahn entfernt die Luft. Verfasser rühmt der Manschette leichte Handhabung und Regulierbarkeit der Stauung nach. *W. Lehmann-Stettin.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

: S.

der für September 1911
s für Dermatologie
worden.

:ennung und relative Häu
. 29. Okt. 1910.) Als Beispi
dert D. folgende Fälle: I.
d an den Beinen schwer er
Quaddeln mit Petechien an
Kautelen mit einer Spritze
lsbald eine Reinkultur von
gebliebenen Blasen am Bein
. II. Bei einem an schwere
rde unter dem Pneumococ
.m gefunden. Im Urin wurde
jährige Wöchnerin erkrankte
itio urinae gestörten Wochenb
hlag, der noch mit Urticaria
olongruppe gehörigen
it schweren Allgem
e erst nach Injektion
Philippi-Bad Salz

ener schwerer Krankheit
-London. (*Brit. med. Journ.*
einer Operation wegen App
n nebst Gangrän der W
a an hypostatischer Pneum
elbar drohenden Todes
lesenz, als Patientin zum
ersten Erkranken, dafs sowohl
enze vom ersten zum zweiten
Auch boten zwei Nägel noch
afs die Nagelsubstanz an den
tenz war. W. hat schon 19
seiner eigenen Person und
werer Seekrankheit, die Ab
Philippi-Bad Salzsch

itravenösen Infusion, von
r. 19.) Beschreibung einer
ch Luft aufgeblasen wird;
Manschette leichte Handhab
W. Lehmann-Stettin

Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1



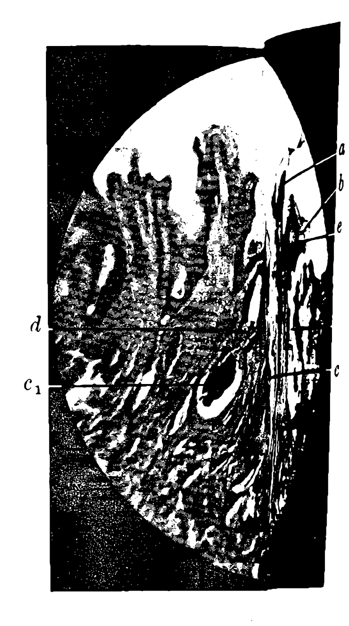
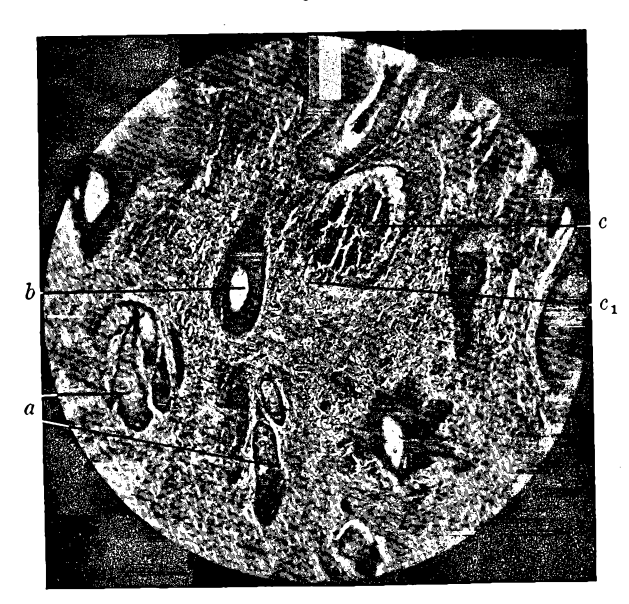
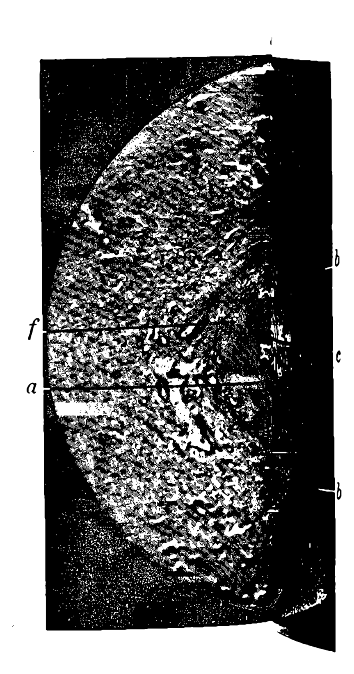


Fig. 4





Verlag von Leopold ... Hamburg.

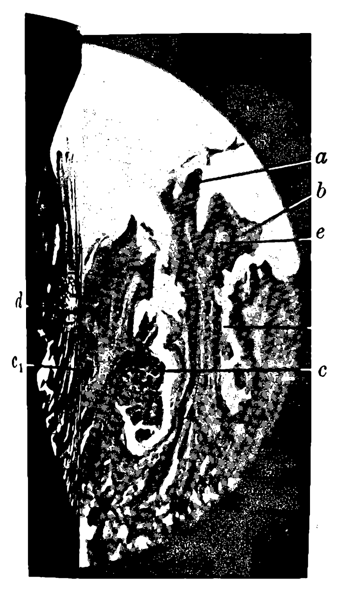


Fig. 3



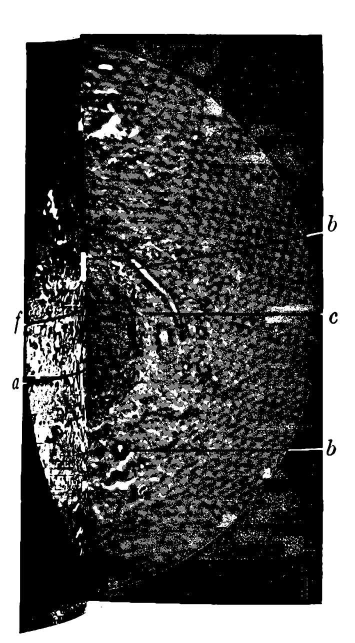
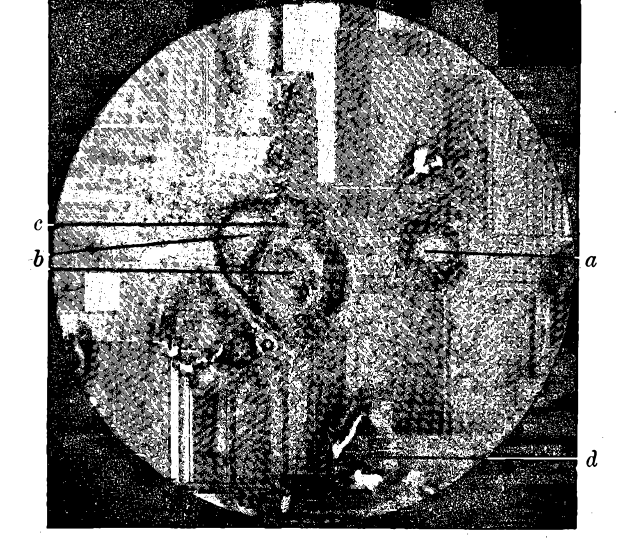




Fig. 6



Monatshef

and 53.

Aus de

(Abteilung fü

ische und the

Zwei epochemac
ung der Spirochä
Verwertung des I
Syphilis durch V
wichtige Mark
en Stillstand die
der einen Seite
die Anerkennung g
icher zu erringen
Namen WASSER
schen Methode fa
eine Anerkennung
re Anschauunge
n zwar seit ihre
ihen, und der v
sen Auffassung,
hen zwischen der
ichen Antikörper
gt durch die zah
ge worden. Die
letzten Jahren i
ntroversen reicher
WASSERMANNschen I
ert worden. In
gen die Reaktion

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. | №. 6. | 15. September 1911.

Aus dem staatlich Hygienischen Institut zu Hamburg.
Direktor: Prof. Dr. DUNBAR.
(Abteilung für experimentelle Therapie und Immunitätsforschung.)

Praktische und theoretische Erfahrungen mit der WASSERMANNschen Reaktion.

Von

Dr. med. FR. GRAETZ.

Zwei epochemachende Ergebnisse biologischer Forschung, die Entdeckung der Spirochaeta pallida durch SCHAUDIN und HOFFMANN, sowie die Verwertung des BORDET-GENGOUschen Phänomens für die Serodiagnose der Syphilis durch WASSERMANN und seine Mitarbeiter, kennzeichnen als zwei wuchtige Marksteine den Weg, welchen nach einem fast jahrzehntelangen Stillstand die moderne Syphilisforschung gegangen ist. Hatte sich auf der einen Seite die Entdeckung SCHAUDINS nur mit Mühe die verdiente Anerkennung gegenüber den Einwänden mehr oder weniger kritischer Forscher zu erringen vermocht, so war es auf der anderen Seite der unter dem Namen WASSERMANNsche Reaktion heute allgemein bekannten biologischen Methode fast mühelos und im Fluge gelungen, sich eine allgemeine Anerkennung und ausgedehnteste praktische Verwertung zu sichern. Unsere Anschauungen über das Wesen der WASSERMANNschen Reaktion haben zwar seit ihrer Entdeckung im Jahre 1906 mancherlei Wandlungen erfahren, und der von den Entdeckern der Reaktion ursprünglich vertretenen Auffassung, als handle es sich bei der Reaktion um ein Zusammenwirken zwischen dem Lueserreger und seinem im Blute kreisenden spezifischen Antikörper im Sinne des GENGOU-MORESCHIschen Phänomens, ist längst durch die zahlreichen experimentellen Arbeiten die Grundlage entzogen worden. Die theoretischen Grundlagen der Reaktion sind zwar in den letzten Jahren in zahllosen Arbeiten der Gegenstand eifriger und an Kontroversen reicher Diskussion gewesen, die praktische Bedeutung der WASSERMANNschen Reaktion jedoch ist hierdurch so gut wie nicht berührt worden. In raschem Fluge ist trotz allen Widerstreits der Meinungen die Reaktion Gemeingut wissenschaftlicher Institute und klinischer

Laboratorien geworden und wohl in jedem Institut, das heute Anspruch auf wissenschaftliche Beachtung erhebt, ist diese Reaktion in das Arbeitsprogramm aufgenommen worden. An Tausenden von Fällen ist von den verschiedensten Autoren die praktische Brauchbarkeit der WASSERMANNschen Reaktion, welche heute bereits einen integrierenden Bestandteil der modernen Syphilisdiagnostik bildet, erprobt worden, und die Reaktion hat praktisch ohne Zweifel ihre Feuerprobe bestanden, wenn auch über Theorie und Praxis das letzte Wort noch keineswegs gesprochen ist. In ungeschwächter Lebhaftigkeit wogt vielmehr die Diskussion noch hin und her, Meinungen kommen und gehen. Wenn auch von den verschiedensten Seiten bereits der Versuch gemacht wurde, durch technische Vereinfachung der Reaktion und fabrikmäfsige Herstellung der Reagenzien die WASSERMANNsche Reaktion auch dem Praktiker zugänglich zu machen, ein Vorgehen, über das man sehr geteilter Anschauung sein kann, so wird es wohl noch manches Bausteines bedürfen, ehe das komplizierte Gebäude der Reaktion Gemeingut der gesamten Ärzteschaft werden kann.

Mehrfachen Anregungen aus Ärztekreisen und nicht zum wenigsten dem Zuge der Zeit folgend, habe ich seit längerer Zeit die Ausführung der WASSERMANNschen Reaktion, welche bis dahin nur in vereinzelten Fällen zu wissenschaftlichen Zwecken im Institut ausgeführt wurde, in gröfserem Umfange in mein Arbeitsgebiet aufgenommen. Infolge äufserer schwieriger Verhältnisse bin ich zwar heute noch nicht in der Lage, über ein so grofses Material zu berichten wie andere auf diesem Gebiete arbeitende Autoren. Um so mehr ist es mir jedoch, gestützt auf ein vorzüglich geschultes Hilfspersonal, möglich gewesen, den Einzelfällen eine entsprechend gröfsere Aufmerksamkeit zu widmen und nach den verschiedensten Seiten hin eine gründlichere Durcharbeitung des mir zu Gebote stehenden Materials zu erzielen, eine Tatsache, die m. E. ein gewisses Äquivalent gegenüber der gröfseren Zahl von Einzelfällen darstellt und es rechtfertigt, meine Erfahrungen schon jetzt weiteren Kreisen zugänglich zu machen.

Methodik.

Bei dem ungeheuren Interesse und bei der ausgedehnten Bearbeitung, welche die WASSERMANNsche Reaktion innerhalb der letzten Jahre gefunden hat, ist die Kompliziertheit der Methode und die Schwierigkeit der Versuchsanordnung, welche, wie BRUCK mit Recht sagt, eine grofse Exaktheit und biologische Vorkenntnisse voraussetzt, vielfach von den Autoren als ein Nachteil dieser Reaktion empfunden worden und es hat nicht an Versuchen gefehlt, teils durch Vereinfachung der Originalmethode, teils durch Anwendung anderer Verfahren die Serodiagnostik der Syphilis nach Möglichkeit der Allgemeinheit der Ärzte oder doch wenigstens einem

gröfseren Kreis derselben zugänglich zu machen. So begreiflich auch dieser Wunsch sein mag — ob und inwieweit er namentlich im Hinblick auf die zahlreichen Fehlerquellen, die bei Anstellung der Reaktion unterlaufen und nur von dem geübten Untersucher beurteilt werden können, gerechtfertigt erscheinen kann, mag dahin gestellt bleiben —, so sind wir m. E. jedenfalls heute trotz der gegenteiligen Versuche von diesem Ziele noch weit entfernt und auch die zahlreichen Versuche von Modifikationen der Originalmethode haben in dieser Hinsicht eine Wandlung nicht zu schaffen vermocht. Es soll nicht bestritten werden, dafs die verschiedenen Modifikationen die Originalmethode nach den verschiedensten Richtungen vereinfacht und in einer grofsen Zahl von Fällen zweifellos praktisch brauchbare Resultate erzielt haben. Wenn man indessen die einschlägige Literatur sichtet, so kann man sich vielfach des Empfindens nicht erwehren, dafs der höhere Prozentsatz an positiven Ausschlägen, den diese Modifikationen aufweisen und um dessenwillen sie von ihren Entdeckern empfohlen werden, meist leider auf Kosten der Sicherheit und Spezifität der Reaktion gehen. Gerade die Tatsache, dafs wir uns hinsichtlich des Wesens der Reaktion durchaus noch auf dem Boden des Hypothetischen bewegen und die Möglichkeiten und Vielseitigkeiten der Fehlerquellen kaum abzusehen vermögen, sollten uns davon abhalten, von der ursprünglich angegebenen Methode im wesentlichen abzuweichen. Mafsgebend sollte m. E. für die Auswahl der Methode nicht die Tatsache sein, dafs mit der oder jener Modifikation ein höherer Prozentsatz an positiven Reaktionen erzielt wird, sondern dafs der Ausfall der Reaktion eine gewisse Sicherheit der Diagnose zu gewährleisten vermag und nicht auffallende Widersprüche zwischen anamnestischen und klinischen Befunden und dem Ausfall der Reaktion bestehen. Eine gröfsere Einheitlichkeit in der Methodik wäre aufserdem noch insofern zu begrüfsen, als sie eine gleichmäfsigere Basis für den Vergleich zwischen den Versuchsergebnissen der verschiedenen Autoren abzugeben vermöchte, und weil dadurch aufserdem Erfahrungen, wie sie Freudenberg berichtet und wie ich sie selbst in einigen Fällen machen mufste, dafs das Serum ein und desselben Patienten an mehreren Untersuchungsstellen ein vollkommen diametrales Resultat ergab, auf ein Minimum reduziert werden könnten. Von der Überzeugung ausgehend, dafs keine der zahlreichen Modifikationen als vollwertiger Ersatz der Originalmethode gelten könnte, habe ich mich bei meinen eigenen Versuchen im Prinzip an die Originalmethode gehalten, und auch die kleinen Abweichungen in meiner Versuchsanordnung stellen keine prinzipiellen Veränderungen gegenüber der Originalmethode dar. Ich lasse hier zunächst eine kurze Besprechung der einzelnen zum Versuch nötigen Komponenten folgen.

1. Das Hämolytische System.

Als hämolytisches System diente mir bei meinen Versuchen stets die Trias Hammelblutkörperchen, Meerschweinchenkomplement und ein vom Kaninchen immunisatorisch gewonnener hämolytischer Ambozeptor gegen Hammelblutkörperchen. Die Hammelblutkörperchen werden, wie allgemein üblich, in gewaschenem Zustande und in 5%iger Aufschwemmung verwendet. Zu diesem Zweck wird mehrmals in der Woche Hammelblut vom hiesigen Schlachthof bezogen, welches dann durch Schütteln defibriniert und nach bekannten Grundsätzen durch Zentrifugieren und Waschen mit Kochsalzlösung von Serumbestandteilen befreit wird. Als Stammlösung für die 5%ige Blutkörperchenaufschwemmung wird von den Autoren in der Regel das beim Zentrifugieren gewonnene Blutkörperchensediment verwendet, eine Gepflogenheit, von der ich bei meinen eigenen Versuchen etwas abgewichen bin. Ich verfahre bei der Herstellung der 5%igen Blutkörperchenaufschwemmung folgendermafsen: Eine bestimmte Menge des geschüttelten Hammelblutes wird bis zur vollkommenen Sedimentierung der Blutkörperchen zentrifugiert. Die über dem Sediment stehende Serummenge wird sorgfältig abpipettiert und durch die gleiche Menge physiologischer Kochsalzlösung ersetzt. Diese Prozedur wiederholt sich drei bis viermal, indem die jedesmal abgenommene Kochsalzmenge durch die entsprechende Quantität frischer Kochsalzlösung ersetzt wird. Nachdem die letzte Waschflüssigkeit abgenommen ist, wird zu dem Blutkörperchensediment abermals Kochsalzlösung von der Menge des abzentrifugierten Serums hinzugesetzt und die Blutkörperchen durch Umschütteln gleichmäfsig verteilt. Die so gewonnene Blutkörperchenemulsion dient als Ausgangslösung für die zum Versuch benötigte 5%ige Aufschwemmung. Der Vorteil einer derartigen weniger dichten Blutkörperchenaufschwemmung liegt in dem wesentlich geringeren Verbrauch von Komplement und Ambozeptor.

Es ist mehrfach der Vorschlag gemacht worden, möglichst an jedem neuen Versuchstag frisch gewonnenes Hammelblut zu verwenden, da ja bekanntlich auch die Schwankungen in der Widerstandsfähigkeit der Blutkörperchen gegenüber den Hämolysinen unter Umständen von entscheidendem Einflufs auf das Endergebnis der Komplementbindungsreaktion sein könnten. Ich habe mich im allgemeinen bei meinen Versuchen ohne ersichtlichen Nachteil damit begnügt, zwei- bis dreimal in der Woche das Blut zu erneuern. Bei genügend sorgfältiger Behandlung können die Blutkörperchen sowohl in gewaschenem wie in ungewaschenem Zustande sogar 5—6 Tage aufbewahrt werden, ohne nach meiner Erfahrung wesentliche Störungen bei der Versuchsanordnung zu bedingen. Allzu langes Aufbewahren dürfte allerdings zu widerraten sein und es ist, wie dies ja

auch von Mulzer und anderen betont wird, streng darauf zu achten, daſs Blutkörperchen, die auch nur die geringste Spur von Hämolyse beim Waschen aufweisen, nicht zum Versuch verwendet werden.

Einen sehr wesentlichen, wenn nicht überhaupt den maſsgebendsten Faktor für die ganze Wassermannsche Reaktion stellt zweifellos das Komplement dar. Als solches diente mir ausschlieſslich Serum des Meerschweinchens, welches nach Möglichkeit in frischem Zustande verwendet wurde. Zur Gewinnung des Komplementes wurden in der Regel Meerschweinchen im Gewicht von 300—500 g verwendet. Daſs gerade das Meerschweinchenkomplement einen sehr variablen Faktor darstellt, ist eine längst bekannte und immer wieder betonte Tatsache. Ein vollkommenes Fehlen des Komplementes scheint allerdings nach meinen Erfahrungen ein relativ seltenes Vorkommnis zu sein, wenn es auch gelegentlich einmal vorkommen kann, wie dies ja auch neuerdings Alexander wieder betont und wie ich es selbst in vereinzelten Fällen beobachtet habe. Mehr oder weniger groſse Schwankungen in der hämolytischen Fähigkeit der Komplemente sind dagegen täglich beobachtete Erscheinungen, die für den Ausfall der Komplementbindungsreaktion jedoch weniger ins Gewicht fallen, als gerade diejenige Eigenschaft des Komplementes, welche wir als Deviationsfähigkeit bezeichnen. Schon Browning und Mc. Kencie und in Übereinstimmung mit ihnen Margarethe Stern haben darauf hingewiesen, daſs wir zwischen leicht und schwer deviablen Komplementen zu unterscheiden haben, und daſs wir, je nach der Ablenkungsfähigkeit des eben zum Versuch verwendeten Komplementes selbst bei gleichbleibender Wirkung des hämolytischen Systems merkliche Schwankungen in der Reaktionsbreite positiver luetischer Sera festzustellen vermögen. Ich habe an zahlreichen Fällen durchaus gleichartige Beobachtungen gemacht wie die genannten Autoren, und die Feststellungen Noguchis, daſs hämolytische Wirksamkeit eines Komplementes und seine Ablenkungsfähigkeit keineswegs in Parallele gesetzt werden können, an vielfachen Beobachtungen vollkommen bestätigen können. Namentlich bei älteren Komplementen machen sich Störungen in der Ablenkungsfähigkeit trotz gleichbleibender hämolytischer Aktivität vielfach geltend. Neben der von Margarethe Stern festgestellten schlechteren Deviabilität älterer Komplemente habe ich besonders häufig eine erhöhte Affinität solcher Komplemente gegenüber den verschiedenen alkoholischen Extrakten festzustellen vermocht. Extraktdosen, die bei Verwendung des frischen Komplementes den Ablauf des hämolytischen Prozesses in keiner Weise beeinfluſst hatten, zeigten plötzlich tags darauf zusammen mit dem 24 Stunden im Eisschrank oder Frigo konservierten Komplemente eine mehr oder weniger ausgesprochene Hemmung oder zum wenigsten eine starke Verzögerung der Hämolyse, trotzdem die hämolytische Aktivität des Komplementes eine merkliche

Einbuſse nicht erlitten hatte. Der Forderung von Höhne und Kalb, stets frisches Komplement zum Versuch zu verwenden, vermag ich mich im Prinzip durchaus anzuschlieſsen, trotzdem sich der praktischen Durchführbarkeit namentlich in kleineren Laboratorien vielfach Schwierigkeiten entgegenstellen werden und auch die Verwendung vollkommen frischen Komplementes eine Hemmung sonst indifferenter Extraktdosen nicht in jedem Falle auszuschlieſsen vermag. Ich selbst habe diese Erscheinung einer merklich groſsen Affinität durchaus gleichartiger Extrakte zu verschiedenen Komplementen, auf die neuerdings besonders Alexander wieder hinweist, ebenfalls bei frischem Komplement häufiger beobachten können, wenn auch nicht so häufig, wie bei konservierten Komplementen, namentlich bei den sogenannten Frigokomplementen. Dem von I. Bauer gemachten Vorschlage, gegebenen Falles das Komplement im Frigo einzufrieren und dann für den Bedarfsfall wieder aufzutauen, vermag ich im Hinblick auf meine an Frigokomplementen gemachten Beobachtungen das Wort nicht zu reden. Ob im einzelnen Fall die Eigenschaft mancher Komplemente, trotz glatter Lösung bald mit dem, bald mit jenem Extrakte bei den Kontrollen eine mehr oder weniger starke Hemmung zu bewirken, auf den Seifengehalt der Extrakte und dessen komplementzerstörende Wirkung, die einzelnen Komplementen gegenüber mehr, anderen gegenüber weniger zum Ausdruck kommt, zurückgeführt werden muſs, oder ob andere Gründe für die Affinität maſsgebend sind, welche eine Anzahl frischer, namentlich aber älterer Komplemente gegenüber bestimmten Extrakten zeigt, muſs ich dahingestellt lassen. Praktisch ergibt sich aus diesen Beobachtungen die auch neuerdings von Alexander wieder mit Recht aufgestellte Forderung, bei jeder Versuchsanordnung auch eine Extraktkontrolle anzusetzen.

Als hämolytischer Ambozeptor diente mir stets ein vom Kaninchen nach bekannten Grundsätzen gewonnenes Immunserum gegen Hammelblutkörperchen. Auf die Frage der Einstellung des hämolytischen Systems und besonders des Ambozeptors werde ich bei Besprechung der ganzen Versuchsanordnung ausführlicher zurückkommen. Was die Konservierung des hämolytischen Serums anlangt, so habe ich sowohl mit Phenol wie mit Glyzerinzusatz gute Erfolge erzielt. Vor einem plötzlichen unter Umständen beträchtlichen Abfall des Titers eines solchen hämolytischen Serums vermag indessen nach meinen Erfahrungen weder die eine noch die andere Konservierungsmethode mit Sicherheit zu schützen. Besonders sehr hochwertige hämolytische Sera zeigen oft kurze Zeit nach der definitiven Entnahme einen merklichen Verlust ihres wirksamen Prinzips. Ich verwende deshalb durchschnittlich hämolytische Ambozeptoren, deren Titer sich zwischen 0,001 und 0,0005 ccm bewegt und zwar in der Regel in der doppelt lösenden minimalen Dosis. Derartige Ambozeptoren von

mittlerem Lösungswert zeigen, wie ich in zahlreichen Fällen feststellen konnte, eine viel gröfsere Konstanz in ihrer Wirksamkeit als sehr hochwertige hämolytische Immunsera. Die Verwendung sehr hochwertiger Ambozeptoren dürfte auch insofern nicht zweckmäfsig erscheinen, als sie das hämolytische System zu empfindlich machen und damit leicht die Reaktionsbreite positiver und namentlich schwach reagierender Sera ungünstig zu beeinflussen vermögen.

Die Grundbedingungen für eine aussichtsreiche und zweckentsprechende Ausführung der WASSERMANNschen Reaktion bildet unbestreitbar ein brauchbares Antigen. Wässerige Extrakte aus syphilitischen Organen, wie sie ursprünglich WASSERMANN und seine Mitarbeiter in Vorschlag gebracht haben, sind heute wohl nur noch vereinzelt im Gebrauch, zumal sich die ihnen von der WASSERMANNschen Schule supponierte Spezifität auf Grund späterer Untersuchungen als nicht den Tatsachen entsprechend herausgestellt hat. Man ist heute, und das wohl mit Recht, fast durchweg zur Verwendung alkoholischer Extrakte übergegangen und selbst von WASSERMANN und seinen Mitarbeitern hat die Verwendung alkoholischer Extrakte eine so gut wie rückhaltslose Anerkennung gefunden. Der von vielen Autoren gerühmten gröfseren Wirksamkeit steht die gerade in neueren Arbeiten, unter anderem auch von BRUCK betonte viel geringere Haltbarkeit wässeriger Extrakte gegenüber, eine Erfahrung, die auch mir bei meinen Versuchen nicht erspart geblieben ist. Zwar gelingt es auch dadurch, dafs man das zur Extraktion verwendete Organmaterial als Bodensatz im Extrakt zurückläfst — ein Verfahren, das übrigens auch ZEISSLER im MUCHschen Institut mit Erfolg angewandt hat —, wässerige Extrakte bei entsprechender Konservierung auf Monate hinaus wirksam zu halten, ohne dafs jedoch dieses Verfahren vor einem plötzlichen Unwirksamwerden der Extrakte zu schützen vermag. Die relativ günstigsten Aussichten, stets ein gleich wirksames Extrakt zur Verfügung zu haben, bietet nach meinen eigenen Erfahrungen die Verwendung des nach LEVADITIS Vorschlag im Vakuum getrockneten Organmaterials. Derartiges Material ist, wie ich in Übereinstimmung mit BRUCK feststellen konnte, unbegrenzt haltbar und liefert stets ein gleich wirksames Extrakt. Zweckmäfsig ist es dabei nach meinen Erfahrungen allerdings, sich möglichst nur soviel Extrakt herzustellen, als für den einzelnen Versuchstag aufgebraucht wird. Leider erfordert ja diese Art der Extraktbereitung sehr reichliche Mengen von Trockensubstanz, was bei der Tatsache, dafs sich bezüglich luetischer Leber Angebot und Nachfrage keineswegs entsprechen, wohl zu berücksichtigen ist.

Aus ökonomischen Gründen habe ich dann im Laufe der Zeit von der Verwendung wässeriger Extrakte abgesehen, um so mehr als ich durch vergleichende Untersuchungen die bereits von anderer Seite gemachten

Erfahrungen bestätigen konnte, dafs ein brauchbarer alkoholischer Extrakt zum mindesten das gleiche zu leisten vermag wie ein wässeriger Extrakt. Ich benutze für meine Versuche heute fast ausschliefslich alkoholische Extrakte aus Lebern syphilitischer Föten, deren syphilitische Natur durch Spirochätennachweis oder sonstige pathologisch-anatomische Kriterien erhärtet ist. Auch für die Herstellung des alkoholischen Extraktes hat es sich mir als zweckmäfsig erwiesen, das Organmaterial im Vakuum einzudampfen, da diese Methode nach meiner Überzeugung am besten für ein stets gleichmäfsiges Ausgangsmaterial garantiert. Die Organsubstanz wird zu diesem Zweck möglichst stark zerkleinert und bei 37° im Vakuum bis zur fast vollkommenen Entfernung aller Flüssigkeitsbestandteile eingedampft. Der Rückstand wird dann weiter im Exsikkator über Schwefelsäure solange getrocknet, bis beim Zerreiben ein vollkommen trockenes, feinkörniges Pulver resultiert.

Von der Erfahrung ausgehend, dafs keineswegs alle luetischen Lebern ein gleichwirksames Extrakt zu liefern vermögen, habe ich nach Möglichkeit danach gestrebt, eine Polyvalenz des Extraktes dadurch zu erzielen, dafs ich meine Stammextrakte stets aus einem Gemisch verschiedener pulverisierter Lebern herstellte. Zur Gewinnung eines Stammextraktes werden in der Regel 1 bis 1,5 g der Trockensubstanz mit 100 ccm absoluten Alkohols teils bei Bruttemperatur, teils im Schüttelapparat bei Zimmertemperatur extrahiert. In der ersten Zeit habe ich dann stets die durch Gallenfarbstoff mehr oder weniger stark gefärbte Extraktflüssigkeit abgehoben, sobald das Pulver sedimentiert und die darüber stehende Flüssigkeit vollkommen geklärt war. Seit mehr als Jahresfrist aber belasse ich das Sediment bis zum völligen Aufbrauch des Stammextraktes am Boden des Extraktes und habe mich an zahlreichen Versuchen von der selbst über Monate hinaus durchaus gleichbleibenden Wirksamkeit meiner Extrakte überzeugen können.

Derartige aus getrockneten Organen gewonnenen Stammextrakte enthalten durchweg sehr reichliche Mengen wirksamer Substanzen, so dafs sie für die Verwendung im Versuch mitunter sehr erheblich verdünnt werden müssen. Was die Verdünnung der Extrakte anlangt, so lassen sich meines Erachtens hierfür allgemein gültige Regeln wohl kaum aufstellen und mufs die Art der Verdünnung individuell für den einzelnen Extrakt gewählt werden. Prinzipiell kann wohl nur die eine Forderung, der ich mich auf Grund eigener Versuchsergebnisse durchaus anschliefsen kann, aufgestellt werden, dafs die für einen Extrakt einmal gewählte Verdünnungsart zweckmäfsigerweise während der ganzen Verwendungsdauer des betreffenden Extraktes beibehalten werden mufs. Die Verdünnungsart der Extrakte kommt ja bekanntlich aufser im Aussehen — schnell verdünnte Extrakte sind meist nur opaleszent, langsam verdünnte mehr

oder weniger stark milchig getrübt — auch in ihrem Verhalten im Komplementbindungsversuch, namentlich hinsichtlich der hämolytischen Wirksamkeit zum Ausdruck, indem schnell verdünnte Extrakte in der Regel eine stärkere hämolytische Fähigkeit entfalten als die langsam verdünnten. Eine für alle Extrakte zutreffende Gesetzmäſsigkeit scheint indessen keineswegs zu bestehen; jedenfalls habe ich mehrfach die auch von Gatz und Inaba vor kurzem mitgeteilte Beobachtung gemacht, daſs bei manchen Extrakten die Art der Verdünnung ohne wesentlichen Einfluſs auf ihre hämolytische Fähigkeit und ihre Wirksamkeit als Antigen zu sein scheint; bei den meisten Extrakten ist eine Abhängigkeit der Reaktionskraft von der Verdünnungsart entschieden nachzuweisen, ohne daß dabei allerdings, wie besonders Gatz und Inaba mit Recht hervorheben, das Verhalten der Extrakte bei der Komplementbindung „in einem klar zu erkennenden Verhältnis zu der Art der Verdünnung steht". Ob in der Tat die Teilchengröſse in den verschiedenen Verdünnungen für das biologische Verhalten eines Extraktes maſsgebend ist, wie dies Sachs und Rondoni annehmen, oder ob bei den genannten Phänomen zwei voneinander unabhängige Vorgänge unbekannter Art zur Beobachtung kommen, eine Auffassung, zu der Gatz und Inaba neigen, muß ich, soweit meine eigenen diesbezüglichen Erfahrungen reichen, unentschieden lassen. Praktisch ergibt sich jedenfalls, wie schon oben ausgeführt, die Konsequenz, die Einstellung der Extrakte nach Möglichkeit so vorzunehmen, daſs die Differenzen im biologischen Verhalten eines Extraktes, welche bei der verschiedenen Verdünnungsart resultieren, auſserhalb der praktisch zur Verwendung gelangenden Extraktdosen liegen. Ob indessen diese Forderung, deren Erfüllung gewiſs wünschenswert erscheint, für alle Extrakte durchführbar sein wird, ohne daſs dabei deren Reaktionsbreite und Spezifität beeinträchtigt wird, muſs ich dahingestellt lassen. Ausreichende Reaktionsbreite und absolute Spezifität der Extrakte in der zum Versuch verwendeten Verdünnung sind selbstverständlich zwei Kardinalforderungen, denen die Frage des Verdünnungsphänomens an praktischer Bedeutung jedenfalls erheblich nachsteht.

Die spezifische oder besser gesagt charakteristische Wirksamkeit bildet ja bekanntlich auch eine jener Kardinalforderungen, die nach Sachs von einem brauchbaren Extrakt erfüllt werden müssen. Ich habe mich auch bei Neueinstellung eines Antigens stets daran gehalten, nur solche Extrakte definitiv für diagnostische Zwecke im Versuch zu nehmen, welche in einer groſsen Zahl positiver und negativer Fälle eine absolute Übereinstimmung mit einem als brauchbar und gut wirksam erkannten Standardantigen zeigten.

Was die zur Verwendung kommende Extraktdosis anlangt, so bin ich bei meinen Versuchen über die allgemein übliche Dosis von 0,2 ccm erheblich hinausgegangen und zwar mit Rücksicht auf vergleichende

Untersuchungen, die ich hinsichtlich der praktischen Verwertbarkeit der von SACHS und RONDONI angegebenen Lipoidgemische angestellt habe. (Die diesbezüglichen Versuchsergebnisse werden später noch ausführlicher mitgeteilt.) In Anlehnung an SACHS und RONDONI, welche bekanntlich für ihre künstlichen Gemische fallende Extraktdosen von 0,4 bis 0,1 ccm der fünffachen Verdünnung vorschreiben, habe ich auch für meine alkoholischen Extrakte aus Lueslebern diese Dosen zugrunde gelegt und demgemäſs die optimalen Verhältnisse durch Titrieren festgestellt. Als Indikator für die Reaktionsbreite im positiven Sinne diente mir stets inaktiviertes Serum von Fällen klinisch sicherer Lues, bei denen zurzeit der Blutuntersuchung manifeste Erscheinungen einer konstitutionellen Allgemeinerkrankung vorlagen. Die Einstellung eines Extraktes gegen das Serum eines klinisch womöglich unsicheren Falles latenter Lues, wie dies ALEXANDER zur Erzielung einer gröſseren Reaktionsbreite vorschlägt, erscheint mir gewagt. M. E. kommt es ja auch nicht darauf an, daſs wie ALEXANDER sich ausdrückt „ein Extrakt bei tertiär und latent Syphilitischen einen möglichst hohen Prozentsatz positiver Reaktion aus den Seren herausholt“ — so wünschenswert dies an sich sein mag — sondern daſs ein positives Resultat einwandsfrei diagnostisch verwertet werden kann, selbst auf die Gefahr hin, daſs einmal schwache Hemmungen sich unserer Beobachtung entziehen. Bei der von mir gewählten Einstellungsart muſs allerdings an einen guten Extrakt die Anforderung gestellt werden, daß das Serum von Fällen klinisch manifester Lues in einer Dosis von 0,1 ccm auch mit der geringsten zum Versuch verwendeten Extraktdosis eine komplette Hemmung der Hämolyse bewirkt, daſs aber andererseits 0,2 ccm des Serums eines Gesunden selbst mit der gröſsten Extraktdosis keine Bindung ergibt. Besitzt ein Extrakt die eben skizzierte Reaktionsbreite, so gelingt es nach meinen Erfahrungen auch bei tertiär und latent Syphilitischen stets noch mit Sicherheit eine Diagnose zu stellen.

Eine weitere Forderung von SACHS, daſs ein Extrakt auſser in der zum Versuch verwendeten Dosis auch in deren doppelten Quantität keinerlei hemmende Wirkungen gegenüber dem hämolytischen System entfalten dürfe, konnte dabei allerdings nicht bei allen Extrakten erfüllt werden, ohne eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Reaktionsbreite zu bedingen. Ich habe von der Erfüllung dieser Forderung schon seit langer Zeit abgesehen und bin fast bei allen meinen Extrakten möglichst nahe an die allein hemmende Dosis herangegangen und zwar im Hinblick auf meine besonders bei Verwendung der künstlichen Lipoidgemische gemachten Erfahrungen, daſs ein Fehlen antikomplementärer Wirkung in einer höheren Extraktdosis keineswegs eine antikomplementäre Wirkung der schwächeren Dosis auszuschlieſsen vermag. Ich kann ALEXANDER durchaus beistimmen, und auch die WASSERMANNsche Schule (G. MEIER) billigt dieses Vorgehen

vollkommen, dafs man die Extraktdosis unabhängig vom Verhalten der doppelten zum Versuch verwendeten Menge wählen kann, ohne dabei Fehldiagnosen zu erhalten. Vorbedingung ist allerdings dann, dafs die zum Versuch verwendete Extraktdosis keinerlei antikomplementäre Eigenschaften zeigt. Mit Rücksicht auf das früher schon erwähnte durchaus verschiedene Verhalten des gleichen Extraktes gegenüber verschiedenen selbst gleichwirksamen Komplementen, ist es, und darin kann ich ALEXANDER nur vollkommen beipflichten, allerdings unbedingt angezeigt, jedesmal bei Verwendung eines neuen Komplementes eine Kontrolle mit der höchsten zum Versuch verwendeten Extraktdosis anzustellen und nur solche Dosen zu verwenden, welche eine vollständige Lösung des hämolytischen Systems garantieren. Von ungünstigem Einflufs auf die Diagnose kann eine weitere Eigenschaft mancher alkoholischer Extrakte sein, allein ohne Zusatz von Ambozeptor eine Hämolyse der Blutkörperchen herbeizuführen. Bei meinen alkoholischen Leberextrakten habe ich ein hämolytisches Verhalten der Extrakte in den von mir verwendeten Dosen nur ganz vereinzelt beobachten können. Dafs im übrigen die Eigenschaft mancher Extrakte, spontan hämolytisch zu wirken, oft in weiten Grenzen von dem zur Verwendung gelangten Komplement abhängig ist, habe ich gerade bei meinen Untersuchungen über die künstlichen Gemische, auf deren Ergebnisse ich später noch zurückkommen werde, des öfteren zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Von nicht unwesentlichem Einflufs auf die Wirksamkeit eines Extraktes scheint die Aufbewahrungsart zu sein. FRIEDEMANN hat ja bekanntlich in einer vor längerer Zeit erschienenen Arbeit auf die durch Temperaturschwankungen bedingten sogenannten thermoreversiblen Zustandsveränderungen alkoholischer Extrakte hingewiesen und ist in diesen Befunden von verschiedenen Autoren, u. a. auch von GATZ und INABA, bestätigt worden. Ich selbst habe dieses von FRIEDEMANN beschriebene Phänomen vielfach beobachten können, ohne dafs ich mir zunächst, da ich systematische Versuche nicht angestellt hatte, diese Erscheinung genügend zu erklären vermochte. Seit dem Erscheinen der Arbeit FRIEDEMANNS halte ich meine alkoholischen Extrakte nur noch bei Zimmertemperatur und gleichzeitig vor Licht geschützt aufbewahrt und habe seitdem derartige Schwankungen in der Wirksamkeit, die in einem Falle sogar zu einem vollkommenen Verlust der Reaktionsfähigkeit des Extraktes geführt hatte, nicht mehr beobachtet.

Aufser den alkoholischen Extrakten aus syphilitischen Lebern habe ich bei meinen Versuchen zu Vergleichszwecken auch alkoholische Extrakte aus Meerschweinchenorganen und die künstlichen Lipoidgemische von SACHS und RONDONI verwendet. Auf die mit den Lipoidgemischen erzielten Ergebnisse werde ich in einem späteren Abschnitt noch speziell

zurückkommen. Auch mit den aus Meerschweinchenorganen gewonnenen Extrakten, zur deren Herstellung ich wegen der leichten Beschaffung des Materials stets frische Organe verwendete, habe ich durchaus befriedigende Resultate erzielt, wenn auch die Reaktionsbreite dieser Extrakte vielfach hinter der syphilitischer Leberextrakte um ein beträchtliches zurückblieb. Auch mir haben sich die aus Meerschweinchenherzen hergestellten Extrakte am wirksamsten erwiesen, und läfst sich die Wirksamkeit entschieden dadurch steigern, dafs man zur Extraktion entsprechend den auch neuerdings mehrfach gemachten Vorschlägen eine gröfsere Anzahl von Herzen zur Gewinnung des Extraktes verwendet. Für die Einstellung dieser Normalorganextrakte habe ich selbstverständlich die bereits oben ausgeführten Grundsätze befolgt.

Die fünfte Komponente der Wassermannschen Reaktion, nämlich das Patientenserum habe ich für diagnostische Zwecke stets in inaktivem Zustande und in der Regel in einer Dosis von 0,1 ccm verwendet. Die Inaktivierung des Serums erfolgt stets im regulierbaren Wasserbad bei einer Temperatur zwischen 55 bis 56 Grad. Eine halbe Stunde Inaktivierungszeit hat sich mir bei diesem Verfahren stets als ausreichend erwiesen, um alle komplementäre Energie des Serums zu zerstören. Wenn Zeissler berichtet, menschliche Sera beobachtet zu haben, bei denen selbst nach einstündiger Inaktivierung im Thermostaten nicht alles Komplement zerstört war, so ist dies wohl auf die Art der Inaktivierung zurückzuführen. Bekanntlich erreichen die zentralen Partien einer Flüssigkeit selbst bei längerem Aufenthalt im Thermostaten nur äufserst selten die Temperatur der sie umgebenden Luftschicht, eine Tatsache, die schon Jakobsthal in der Diskussion zu Zeisslers Vortrag betont hat und die m. E. die Inaktivierung im Thermostaten als unzweckmäfsig erscheinen läfst. Ich habe jedenfalls bei der von mir geübten und wohl ziemlich allgemein üblichen Art der Inaktivierung ähnliche Beobachtungen wie Zeissler nicht gemacht. In zahlreichen Fällen habe ich auch gleichzeitig die Untersuchung des frischen Serums vorgenommen und dabei, wie später noch ausgeführt werden soll, entschieden beachtenswerte Ergebnisse erzielt.

Ich mufs nun mit einigen Worten auf die eigentliche Anordnung des Versuchs eingehen. Die Anstellung des Versuches erfolgt, wie ich noch einmal betonen möchte, in einem Gesamtvolumen von 5 ccm, indem die einzelnen Reagenzien entsprechend der ursprünglichen Originalvorschrift durch Kochsalzlösung auf je 1 ccm ergänzt werden. Bei der Einstellung des hämolytischen Systems folge ich aus praktischen Gründen und zwar mit Rücksicht auf die im Laboratorium stets vorgenommenen Eiweifsdifferenzierungen, den von Neisser und Sachs für diesen Zweck angegebenen Vorschriften. Der Titer des zum Versuch verwendeten

Ambozeptors wird dann nach bekannten Grundsätzen unter Verwendung von 1 ccm 10%igen Komplementes festgestellt. Im hämolytischen Versuch kommt stets die doppelte Menge der minimalsten komplett lösenden Ambozeptordosis zur Verwendung, gegen die im Einzelfalle die geringste Komplementmenge festgestellt wird, welche mit 1 ccm 5%iger Hammelblutaufschwemmung innerhalb 30 Minuten eine komplette Hämolyse herbeiführt. Je nach der hämolytischen Stärke des einzelnen Komplementes wird dann die 2- bis $2^1/_2$fache Menge der geringsten komplett lösenden Komplementdosis zum Versuch verwendet. Ich arbeite also in meinen Versuchen stets mit einer konstanten Ambozeptordosis, gegen die in jedem einzelnen Falle das in seiner Wirksamkeit und Deviabilität ja bekanntlich beträchtlich schwankende Komplement eingestellt wird. Gegen das in der skizzierten Weise eingestellte hämolytische System werden dann auch die einzelnen zum Versuch benötigten Reagenzien austitriert und müssen dann, ehe sie im Versuch zu diagnostischen Zwecken verwertet werden können, die allgemein bekannten und eingangs genauer ausgeführten Bedingungen erfüllen.

Der eigentliche Versuch gestaltet sich dann in der von mir gewählten Anordnung derart, dafs je 0,1 ccm des inaktivierten Patientenserums mit fallenden Dosen des alkoholischen Extraktes gemischt und dieser Mischung die durch den Vorversuch festgestellte doppelt lösende Komplementmenge zugesetzt wird. Soweit die einzelnen Reagenzien nicht das Volumen von 1 ccm haben, werden sie durch Kochsalzlösung auf dieses Volumen ergänzt, dann kräftig umgeschüttelt und eine Stunde bei 37 Grad zur Bindung belassen. Eine Bindungszeit von einer Stunde, wie sie heute wohl ziemlich allgemein in Anwendung gebracht wird, reicht nach meinen Erfahrungen auch bei Seren mit geringem Hemmungskörpergehalt zur Bindung vollkommen aus und kann auf eine Bindungszeit von zwei Stunden, wie sie die ursprüngliche Vorschrift enthielt, ohne Nachteil für die Sicherheit der Diagnose verzichtet werden. Nach Ablauf einer Stunde erfolgt dann der Zusatz der ambozeptorbeladenen Blutkörperchen.

Über den Zeitpunkt der definitiven Ablesung des Versuches schwanken die Angaben in der Literatur. Wassermann und seine Mitarbeiter beliefsen ursprünglich den Versuch nach Zusatz der sensibilisierten Blutkörperchen zur weiteren Entwicklung zwei Stunden bei Bruttemperatur, ein Verfahren, das ich anfangs ebenfalls befolgte, von dem ich aber im Laufe der Zeit abgekommen bin, da es ja bekanntlich auch von der Wassermannschen Schule als unrationell verlassen wurde. Ich kontrolliere seitdem entsprechend dem Vorschlag von G. Meier den Versuch nach Zusatz der sensibilisierten Blutkörperchen mehrmals in bestimmten Intervallen und entferne ihn in der Regel aus dem Brutschrank, sobald alle Kontrollen gelöst sind. Soweit es sich um ein positives Versuchsergebnis handelt, werden die Versuche dann auf Eis aufbewahrt, um nach 12 bis

24 Stunden noch einmal abgelesen zu werden. Bei negativen Seren konnte ich vielfach die Beobachtung machen, dafs in den Gläsern des Hauptversuchs die Hämolyse früher eintrat als in den zugehörigen Extraktkontrollen, eine Erscheinung, die wohl auf dem aus der Summierung von Spontan- und Immunambozeptoren resultierenden Ambozeptorüberschufs, eventuell auch auf der Wirkung auxilhämolytischer Stoffe (Manwaring) beruht. MULZER schlägt vor, als Termin für die Ablesung des Versuches den Zeitpunkt zu wählen, bei dem ein gleichzeitig untersuchtes bekanntes positives und negatives Kontrollserum die richtige Reaktion zeigt, ein Vorschlag, der sich mir praktisch als durchaus brauchbar erwiesen hat. Im grofsen und ganzen habe ich mich nach dem Ablauf der Extraktkontrollen gerichtet und die Ablesung des Versuches in der Regel frühestens 30 Minuten und spätestens eine Stunde nach Zusatz der ambozeptorbeladenen Blutkörperchen vorgenommen.

Was die im Versuch benötigten Kontrollen anlangt, so sind m. E. vom Ungeübten die vorgeschriebenen Kontrollen zweckmäfsigerweise in jedem Falle anzustellen, während der mit dem Gebiete Vertraute und in biologischen Arbeiten Geübte wohl unbeschadet der Sicherheit der Reaktion auf die eine oder andere Kontrolle verzichten kann. Unerläfslich erscheinen mir an jedem Versuchstag Kontrollen der Antigene und der verschiedenen Patientensera und zwar in der zum Versuch verwendeten Dosis auf antikomplementäre Eigenschaften. Dagegen kann man m. E. unbedenklich von einer Prüfung der doppelten Serummenge absehen. Das Verhalten der doppelten Serummenge läfst in vielen Fällen ebensowenig einen Schlufs auf das antikomplementäre Verhalten der einfachen Dosis zu wie beim Extrakt. Ich habe in der Tat auch mehrfach die Beobachtung gemacht, dafs die einfache Serummenge eine viel ausgesprochenere antikomplementäre Wirkung entfaltete als die an Spontanambozeptoren reichere doppelte Serummenge. Ausgesprochene antikomplementäre Eigenschaften des inaktivierten Menschenserums werden ja nach allgemeinen Erfahrungen relativ selten und selbst bei einer Serumdosis von 0,4 ccm kaum dann und wann einmal beobachtet. Ich selbst habe stärkeres antikomplementäres Verhalten des Patientenserums nur in einer Anzahl von Fällen fortgeschrittener progressiver Paralyse beobachtet, eine Erscheinung, wie sie in gleicher Weise ELIASBERG für diese Erkrankung und namentlich auch für Lepra festgestellt hat. Das antikomplementäre Verhalten dieser Paralytikersera war dabei ein so enormes, dafs sich fast durchweg eine 10- bis 20fache Verdünnung als nötig erwies, um die Reaktion mit den üblichen Dosen von 0,1 bis 0,2 ccm dieser Verdünnung anstellen zu können. Selbstverständlich war in allen diesen Fällen, analog den Beobachtungen von ELIASBERG ein Fehlen freien Komplementes zu konstatieren. Die Auffassung von ELIASBERG, dafs bei diesen antikomplementär wirkenden

Sera an ein gleichzeitiges Vorhandensein von Antigenen und Ambozeptoren (Hemmungskörper) gedacht werden müsse, welche sich bei Zusatz von Komplement gegenseitig verankerten, läfst sich im Hinbick auf die Versuche von PLAUT und WASSERMANN, welche auf das Vorhandensein von Antigenen in der Zerebrospinalflüssigkeit hindeuten, für das Blutserum nicht von der Hand weisen. Im Serum normaler Individuen habe ich derartige antikomplementäre Eigenschaften durchweg vermifst, so dafs m. E. antikomplementäre Neigungen des Serums mit einergewissen Wahrscheinlichkeit den späteren positiven Ausfall der Reaktion präjudizieren.

Auf die Kontrolle mit einem bekannten positiven Testserum wird man bei exakt geprüften und verläfslichen Reagenzien wohl in vielen Fällen verzichten können, namentlich wenn gleichzeitig eine gröfsere Anzahl von Patientenseren untersucht werden. Ebenso scheint mir die Kontrolle mit einem Normalserum als vollkommen überflüssig, da sie ja doch keineswegs Garantie zu bieten vermag, dafs die zur Reaktion verwendeten Extrakte auch bei entsprechender Reaktion mit dem Testserum plötzlich mit einem vollkommen normalen Serum ein positives Resultat ergeben, Erscheinungen, wie sie ja nach den Angaben von SELIGMANN, PINKUS u. a. stets zu gewärtigen sind.

Was die Beurteilungen der Versuchsergebnisse anlangt, so pflege ich als positiv nur solche Sera zu bezeichnen, die zum mindesten mit der gröfsten Extraktdosis bei einwandfreien Kontrollen eine komplette Hemmung der Hämolyse ergeben bzw. eine grofse Kuppe ungelöster Blutkörperchen am Boden des Reagensglases erkennen lassen. Für die Beurteilung der Reaktionsbreite eines Serums erachte ich dann den Grad der Hämolyse als mafsgebend, wie er bei den übrigen Extraktdosen in Erscheinung tritt. Auf die naheliegende Frage einer quantitativen Bestimmung der Hemmungskörper im Serum, wie sie ZEISSLER für möglich erachtet, will ich später noch zurückkommen. Fälle, bei denen die geprüfte Serummenge mit keiner der verwendeten Extraktdosen eine komplette Hemmung der Hämolyse bewirkt, pflege ich durchweg als negativ oder zum mindesten als zweifelhaft zu bezeichnen. Ich suche dann meist, entweder durch nochmalige Untersuchung des Serums mit einem neuen Komplemente — den Einflufs verschiedener Komplemente auf die Reaktionsbreite eines und desselben Serums habe ich ja früher schon erörtert — unter gleichzeitiger Prüfung der doppelten Serumdosis (0,2 ccm) zu einem definitiven Ergebnis zu gelangen, ein Verfahren, das mich fast ohne Ausnahme zum Ziel geführt hat. Wenn gegebenenfalls der Ausfall der Reaktion mit den anamnestischen und klinischen Befunden in einem augenscheinlichen Widerspruch steht, so pflege ich stets bei einer frisch gewonnenen Blutprobe nach Ablauf eines kürzeren oder längeren Zeitintervalles eine erneute Prüfung zu versuchen, gewöhnlich dann mit eindeutigem Ergebnis.

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung scheint es mir dabei in vielen Fällen zu sein, eine gleichzeitige Paralleluntersuchung des nicht inaktivierten Patientenserums und zwar unter Verwendung der gleichen Serummenge und Einhaltung der sonst üblichen Versuchsanordnung zu machen. Wie aus den Untersuchungen von SACHS hervorgeht, erleiden die Hemmungskörper in einem Serum durch den Einfluſs der Inaktivierungstemperatur eine Abschwächung ihrer Reaktionsfähigkeit, die bei Verlängerung der Inaktivierungszeit oder bei Verwendung höherer Temperaturen bis zu einem vollständigen Schwinden der Reaktionsfähigkeit gegenüber einem alkoholischen Extrakt führen kann. SACHS und ALTMANN hatten dann weiterhin zu zeigen vermocht, daſs bei Verwendung aktiver statt inaktiver Menschenseren und beim Beibehalten der ursprünglichen Versuchsanordnung die Zahl der positiven Ausschläge nicht herabgesetzt wird, sondern im Gegenteil steigt. Auch bezüglich der Reaktionsstärke war eine Zunahme zugunsten des aktiven Serums festzustellen, zuweilen sogar so erheblich, daſs auch nicht syphilitische Sera in aktivem Zustand bei den üblichen Dosen eine positive Reaktion ergaben, eine Tatsache, die zur Erzielung eines einwandfreien Resultates vielfach eine Herabminderung der üblichen Serumdosis erforderlich machte. BRUCK, BOAS u. a. haben diese Beobachtungen von SACHS und ALTMANN durchaus bestätigen können. Ganz besonders eingehend hat sich BOAS mit dieser Frage befaſst. Der genannte Autor konnte bei seinen Versuchen die Befunde von SACHS und ALTMANN im wesentlichen ebenfalls bestätigen, zum Teil auch erweitern. Auffallend häufig vermochte er allerdings bei Verwendung aktiver Sera eine positive Reaktion auch bei nicht syphilitischen Personen festzustellen. Auch Syphilitikersera ergaben indessen im aktiven Zustande eine wesentlich feinere Reaktion als im inaktiviertem, wobei noch besonders bemerkenswert erscheint, daſs im aktiven Serum das Auftreten der Reaktion viel früher nachzuweisen ist als im inaktiven, und daſs auſserdem die Reaktion im aktiven Serum bei behandelten Patienten wesentlich langsamer schwindet. Auf Grund seiner Ergebnisse erkennt BOAS der WASSERMANNschen Reaktion mit aktivem Serum wohl theoretisches Interesse zu, hält sie aber praktisch für unbrauchbar, ebenso wie alle Modifikationen, welche mit aktivem Serum arbeiten. Seit geraumer Zeit habe ich selbst in ausgedehnten Paralleluntersuchungen über die Bedeutung der positiven WASSERMANNschen Reaktion im aktiven und inaktiven Serum die Frage geprüft, wie eine positive Reaktion bei aktivem Serum hinsichtlich der Diagnose Syphilis zu bewerten sei. Ich bin an der Hand meiner Untersuchungen zu der Überzeugung gelangt, daſs eine so apodiktische Ablehnung der diagnostischen Verwertung des mit aktivem Serum gewonnenen Resultates keineswegs gerechtfertigt ist und möchte im nachfolgenden zunächst in tabellarischer Übersicht die Ergebnisse meiner Versuche zusammenstellen.

Tabelle 1.

Klinisch sichere Fälle von Lues; zur Zeit der Blutuntersuchungen mit manifesten Erscheinungen.

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Inakt. Serum 0,1 ccm				Frisches Serum 0,1 ccm			
		Fallende Extraktmenge				Fallende Extraktmenge			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
291	Luet. Affekte am Kopfe	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
296	Lues congenita (Retinitis pigmentosa).................	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
390	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
303	Ulcus gangraen. luet.	+++	+++	+++	+0	+++	+++	+++	+0
304	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
308	Primäraffekt	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
321	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+0	+++	+++	+++	+++
328	Ulcera cruris luet...........	+++	+++	+0	0	+++	+++	+0	0
355	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
359	Luet. Ulcus der Port. vag. ...	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
363	Primäraffekt	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
364	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	0
366	Ulcus durum labii	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++0	0
369	Indolenter Bubo, Ulcus vor fünf Wochen	0	0	0	0	0	0	0	0
378	Ulcera cruris luet...........	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
380	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
385	Condylomata ani	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	0
393	Indolente Leistenbubonen, Ulcus durum vor fünf Wochen ...	0	0	0	0	0	0	0	0
401	Ulcera luet. der Zunge, Leukoplagie	+++	+++	+0	0	+++	+++	+++	+0
403	Ulcera luet. vag.	+++	+++	+++	+0	+++	+++	+++	++0
411	Papul. Syphilid	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
412	Papul. Syphilid	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
414	Ekzema univ. luet...........	+++	+++	+++	++0	+++	+++	+++	+++
7	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
8	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	0
11	Frische Lues 2.............	++0	++0	+0	0	+++	++0	0	0
13	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
16	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
17	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
26	Ulcus durum und Exanthem ..	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	0
44	Lues congenita (Keratitis parenchymatosa).............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
45	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	0	+++	+++	+0	0
47	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
48	Frische Lues 2, Angina luet., Exanthem	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+0
53	Frische Lues 2, Epiglottisgeschwür	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Inakt. Serum 0,1 ccm				Frisches Serum 0,1 ccm			
		Fallende Extraktmenge				Fallende Extraktmenge			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
59	Ulcus durum, Roseola........	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
65	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
66	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
72	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
74	Angina luet., Ulcus durum ...	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
83	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
90	Frische Lues 2.............	+++	+++	+++	++0	+++	+++	+++	+++
101	Ulcus durum, indolente Bubonen	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
103	Frische Lues, Stauungspapille .	+++	+++	+++	0	+++	+++	+++	+++
118	Angina luet................	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
71	Luet. Exkoriationen im Munde	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++

+++ = kompl. Hemmung; ++0 = Spur Hämolyse; +0 = fast kompl. Hämolyse; 0 = kompl. Hämolyse.

Unter den vorstehend verzeichneten 46 Fällen von klinisch manifester Lues findet sich also keiner, bei dem im Ausfall der Wassermannschen Reaktion eine prinzipielle Differenz festzustellen gewesen wäre, je nachdem die Reaktion mit inaktiviertem oder frischem Serum angestellt worden war. Mehr oder weniger große Schwankungen in der Reaktionsbreite einzelner Sera sind eine ziemlich häufig beobachtete Erscheinung. In den meisten Fällen besteht indessen eine praktisch in Betracht kommende Differenz auch in der Reaktionsbreite nicht. Gesetzmäßigkeiten, welche zugunsten der größeren Feinheit der einen oder der anderen Methode sprächen, konnte ich bei diesen Fällen nicht feststellen. Nur im Fall 11 ließ sich eine gewisse Überlegenheit der mit aktivem Serum arbeitenden Methode insofern erkennen, als das aktive Serum, wenn auch nur bei der größten Extraktdosis eine komplette Hemmung aufwies, während die gesamte mit inaktivem Serum angesetzte Versuchsreihe nur partielle Hemmungen zeigte. Bei einer unmittelbar anschließenden, unter den gleichen Versuchsbedingungen vorgenommenen Prüfung der doppelten inaktivierten Serummenge (0,2 ccm) war indessen auch bei inaktivem Serum eine einwandfreie positive Diagnose zu stellen. Unter den Fällen der Gruppe 1 finden sich auch trotz klinisch sicherer Luessymptome der untersuchten Patienten zwei negative Reaktionen, welche wohl auf die kurze, seit der Infektion verflossene Zeit zurückzuführen sind. Die von Boas gemachte Beobachtung, daß im aktiven Serum die Hemmungskörper früher auftreten, konnte ich in diesem Fall nicht bestätigen.

Gruppe 2.

Anamnestisch sicher gestellte Fälle von Lues, welche mehr oder weniger stark spezifisch behandelt wurden. Zur Zeit der Blutuntersuchungen meist symptomfrei, zum Teil mit unbestimmten Symptomen. (Lues latens.)

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Inakt. Serum 0,1 ccm				Frisches Serum 0,1 ccm			
		Fallende Extraktmenge				Fallende Extraktmenge			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
284	Behandelte ev. lat. Lues	+++	+++	+++	+++	0	0	0	0
292	Behandelte Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
295	Vor zwei Monaten Lues, behandelt..................	0	0	0	0	0	0	0	0
297	1893 Lues. Mehrfach Hg-Behandlung	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
305	1888 Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
306	1900 Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
310	Behandelte Lues, zurzeit dub. Syphilide im Gesicht.......	0	0	0	0	+++	+++	+++	0
317	1903 infiziert, symptomfrei ...	0	0	0	0	0	0	0	0
318	Frische Infektion, nach Salvarsan zurzeit symptomfrei	0	0	0	0	+++	+++	++0	0
324	1888 Lues, zurzeit nervöse Beschwerden, behandelt....	0	0	0	0	0	0	0	0
338	Behandelte Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
377	Behandelte Lues, dub. Papeln	0	0	0	0	0	0	0	0
379	1905 Lues, zurzeit symptomfrei	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	0
397	Vor sechs Monaten Lues. Hg-Behandlung, zurzeit dub. Papeln	0	0	0	0	0	0	0	0
400	Vor 3½ Jahren Lues, Hgcl, ohne Symptome	0	0	0	0	0	0	0	0
405	Vor drei Monaten Lues. Salvarsan. Symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
406	Vor 15 Jahren Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
408	Septbr. 1907 Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
409	Vor 20 Jahren Lues. Tab. Gelenkentzündung, Kubitaldrüsen zurzeit	+++	+++	+++	++0	+++	+++	++0	+0
410	Vor 3½ Jahren Lues, zurzeit symptomlos nach Hg-Behandlung	+++	+++	++0	0	+++	++0	0	0
413	Vor 20 Jahren Lues, symptomfrei	0	0	0	0	+++	++0	+0	0
415	Vor 17 Jahren Lues, unbestimmte tab. Symptome	0	0	0	0	0	0	0	0
419	Vor 14 Jahren Lues, Paralyse incip.?	0	0	0	0	0	0	0	0
420	Vor 1½ Jahren Lues, Rhagadif. Ekzem der Hohlwand	0	0	0	0	+++	+0	+0	+0

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Inakt. Serum 0,1 ccm				Frisches Serum 0,1 ccm			
		Fallende Extraktmenge				Fallende Extraktmenge			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
1	Vor zehn Jahren Lues, zurzeit Rupia	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
3	Lues mit Salvarsan behandelt, zurzeit dub. Ulcus ani	0	0	0	0	+++	++0	0	0
12	Juni 1910 Lues. Salvarsan. Roseola	++0	+0	0	0	0	0	0	0
18	Vor fünf Jahren Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Vor fünf Jahren Lues, zurzeit allgemeine Schwäche	+++	+++	+0	0	+++	+++	+0	0
25	Vor elf Jahren Ulcus luet.; Neurasthenie	0	0	0	0	+++	+++	++0	0
30	Behandelte Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
31	1901 Lues, unbestimmte Symptome, behandelt	+++	+++	+++	+0	+++	+++	+++	+0
38	Lues ohne Symptome. Infektion vor sieben Jahren	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Vor vier Jahren Lues, behandelt. Rezidiv?	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Vor sechs Jahren Lues, zurzeit Pupillendifferenz	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
55	1907 Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
57	Alte behandelte Lues, ohne Symptome	0	0	0	0	0	0	0	0
61	Alte Lues, symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
73	Vor 1½ Jahren Lues, zurzeit symptomfrei	++0	++0	0	0	++0	+0	0	0
81	Vor 14 Jahren Lues, zurzeit dub. event. luetisches Knieleiden	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
82	Alte Lues, zurzeit Anämie	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
85	Vor 16 Monaten Lues, zurzeit symptomfrei	+++	+++	+0	0	+++	+0	0	0
92	1907 Lues, zurzeit symptomfrei	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
95	1910 Lues, zurzeit symptomfrei	+++	+++	+++	0	0	0	0	0
96	Behandelte Lues, symptomfrei	+++	+++	+++	+0	+++	+++	+++	+0
99	Vor 13 Jahren Lues, ohne Symptome	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
100	Vor zwei Jahren Lues, ohne Symptome	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
102	Behandelte Lues, zurzeit symptomfrei	0	0	0	0	0	0	0	0
112	Lues latens, behandelt	+++	+++	+0	0	+++	+++	0	0
115	Vor zwei Jahren Lues. Dub. Ulcera am Introitus vag.	+0	+0	+0	+0	+++	+++	++0	0

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Inakt. Serum 0,1 ccm				Frisches Serum 0,1 ccm			
		Fallende Extraktmenge				Fallende Extraktmenge			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
117	Vor sieben Jahren Lues, zurzeit Anämie..................	0	0	0	0	0	0	0	0
126	Vor acht Jahren Lues. Rezidiv? Angina dubiosa............	+++	+0	0	0	+++	+++	+++	++0
129	Vor zwei Jahren Lues, symptomfrei nach Behandlung......	0	0	0	0	0	0	0	0

Unter den 53 Fällen der Gruppe 2 war in 9 Fällen ein scheinbar prinzipieller Unterschied im Ausfall der Reaktion zu konstatieren, indem einige Fälle bei Verwendung frischen Serums einen positiven Ausfall der Reaktion erkennen lieſsen bei negativem Resultat in inaktivem Serum. Bei zweien dieser Fälle war auch die umgekehrte Erscheinung zu konstatieren. Bei den aktiv positiv und inaktiv negativ reagierenden Seren handelte es sich fast durchweg um Fälle, bei denen zweifelhafte Symptome als Vorboten eines Rezidivs nachzuweisen waren, wobei dann, entsprechend den Beobachtungen von Boas, die Erscheinung zutage trat, daſs das Auftreten der Reaktionskörper im aktiven Serum früher nachzuweisen war als im inaktiven Serum. In denjenigen Fällen, in denen trotz Mangels aller Symptome das aktive Serum positiv reagierte bei negativer Reaktion des inaktiven Serums, muſs andererseits eventuell an ein verspätetes Verschwinden der Reaktionskörper aus dem aktiven Serum gedacht werden. Daſs indessen bei den genannten Fällen beider Art nur quantitative Verhältnisse der Reaktionskörper mitspielen, indem die Reaktionsbreite des inaktiven Serums infolge der auf dem Inaktivierungsprozeſs beruhenden Schädigung der Reaktionskörper erheblich eingeschränkt wird. Durch Erhöhung der Serumdosis auf das Doppelte (0,2 ccm) gelingt es fast ausnahmslos, auch im inaktivierten Serum eine zur positiven Reaktion nötige Menge von Hemmungskörpern nachzuweisen.

Bei dem Rest von 44 Fällen konnte durchweg ein praktisch übereinstimmendes Resultat erzielt werden, wobei wiederum die ohne erkennbare Gesetzmäſsigkeit auftretenden Schwankungen in der Reaktionsbreite bald zugunsten der mit aktivem, bald zugunsten der mit inaktivem Serum arbeitenden Methode in Erscheinung traten.

(Fortsetzung folgt.)

Aus Prof. UNNAS Dermatologicum, Hamburg.

Heilung eines Falles von Granuloma fungoides (Mykosis fungoides) durch Röntgenstrahlen.

Von

Dr. LOUIS MERIAN, Assistent der Klinik und Poliklinik.

Mit zwei Tafeln.

Der im folgenden mitgeteilte Fall von Mykosis fungoides hat, wie ich glaube, ein zweifaches Interesse, zunächst ein therapeutisches, insofern die Röntgenstrahlen in diesem Falle einen radikalen Erfolg erzielten und in zweiter Linie auch ein histologisches, da er zu den bis jetzt seltener beschriebenen Fällen gehört, in welchen die Epithelwucherung vor dem bekannten Bilde der Cutisinfiltration dominierend in den Vordergrund tritt.

Patientin ist 54 Jahre alt und stammt aus einer kränklichen Familie. Der Vater der Patientin ist vor einigen Jahren an einem Schlaganfalle, die Mutter vor vier Jahren an einem Leberleiden gestorben. In der Familie sind Hautkrankheiten nie vorgekommen. Die einzige Schwester der Patientin lebt und ist gesund. Seit zwei Jahren leidet Patientin an Gelenkrheumatismus und suchte zu ihrer Heilung verschiedene Bäder auf. Unter Bäderbehandlung gingen die Schmerzen und die Gelenkschwellungen etwas zurück, doch merkte Patientin, dafs die Haut, wie sie sich ausdrückt, etwas stumpf, wahrscheinlich etwas anästhetisch, wurde. Der Hausarzt verordnete eine Salbe, die die Schwellung der Gelenke etwas verminderte. Als erstes Symptom der jetzigen Affektion zeigten sich vor sechs Monaten an beiden Fufsgelenken etwa erbsengrofse Knoten, die nach Applikation einer Salicylsalbe sich rasch zurückbildeten. Nach ungefähr zwei Monaten machten sich sowohl an den Streck- als auch an den Beugeseiten der Unterschenkel rote Flecken bemerkbar, die nach einigen Tagen ohne weitere Therapie unter Schuppenbildung verschwanden, um dann nach einigen Tagen in gröfserer Anzahl an Ober- und Unterschenkeln in ebenderselben Form und unter starkem Juckreiz wieder aufzutreten. Der Oberkörper, der bis jetzt noch völlig frei war, bedeckte sich nach und nach mit erbsengrofsen, stark juckenden lichenoiden Knoten, die sich allmählich aus roten, kreisrunden erythematösen Flecken entwickelt hatten. Die Arme schwollen an und bedeckten sich mit Krusten. Auf dem behaarten Kopf und im Gesicht bildeten sich ebenfalls Knoten von ebendemselben Aussehen wie diejenigen des übrigen Körpers.

Die Patientin wurde zwecks weiterer Behandlung in die Klinik aufgenommen und wurde folgender Status erhoben:

Stark abgemagerte Patientin, sehr anämisch. Zahlreiche über den ganzen Körper verteilte erbsen- bis bohnengrofse, resistente, zum Teil ziemlich harte Tumoren, die besonders dichtgedrängt an der Innenfläche

der Oberschenkel und in der Inguinalregion angeordnet sind. Die Oberarme sind geschwollen und schuppend. Die Hände sowohl auf der Streckseite als auch auf der Beugeseite vollkommen frei. Im Gesicht besonders um die Nase einige einzeln liegende Knötchen, ebensolche auf dem behaarten Kopf, am Hals und im Nacken. Der Rücken ist im Vergleich mit der Vorderseite des Rumpfes nicht so stark befallen. Hier sind die Knoten im Ganzen etwas abgeflacht und überragen scheibenartig die umgebende etwas gerötete, schuppende Haut. Die Oberschenkel und Unterschenkel sind auf der dorsalen und der ventralen Seite gleich stark befallen. Die Füfse vollkommen frei. Patientin klagt über starkes Jucken und über Schlaflosigkeit. Die Hauptbeschwerden der Patientin sind Jucken, Schlaflosigkeit und ein lästiges, beengendes Gefühl, wie wenn die ganze Haut zu eng wäre. Allgemeinbefinden nicht gestört, nur durch die Schlaflosigkeit und das Hautjucken etwas beeinträchtigt. Urin ohne pathologischen Befund. Blutpräparate zeigen Vermehrung der eosinophilen Zellen. Lymphocyten nicht vermehrt, aber einzelne abnorm grofs. Ein Knoten wird zwecks histologischer Untersuchung exzidiert.

Die Behandlung besteht in Einreibungen einer 5°/oigen Chrysarobinsalbe auf dem ganzen Körper, die eine starke Dermatitis hervorruft, welche unter Zinkschwefelpasteneinreibung abheilt. Innerlich wird gleichzeitig Arsenik und Ichthyol gegeben.

Dieser Behandlung bei Mycosis fungoides, welche in der Unnaschen Klinik mehrfach mit gutem palliativen Erfolg durchgeführt war, wurde Patientin vier Wochen lang unterzogen. Der Erfolg war nur an einigen Stellen befriedigend, während an anderen Stellen die Geschwülste sich refraktär verhielten und noch an gesunden Hautpartien neue schubweise auftraten. Daher wurde nach diesem Zeitraum mit der Behandlung abgebrochen und mit der von anderer Seite empfohlenen Röntgenbehandlung begonnen.

Vor dem Beginn der Röntgenbehandlung wurde folgender Status aufgenommen: Patientin weist zahlreiche über den ganzen Körper verbreitete Tumoren auf, die an einigen Stellen, besonders auf dem Rücken, mit handtellergrofsen 0,5 bis 1,0 cm über das Hautniveau hervorragenden derben polsterartigen Flächen abwechseln. Die Oberfläche dieser Tumoren ist teils schuppend, teils glatt. Patientin klagt über Hitze und Jucken in der Haut, dieselbe fühlt sich an den kranken Stellen derb infiltriert und wärmer an als die der gesunden Haut. Die gröfsten Knoten finden sich an der Bauchregion, an den Innenflächen der Oberschenkel, auf dem Rücken und Halse. Selbst das Gesicht, Handrücken und Innenflächen der Hände sind nicht verschont. Frei von Knoten sind streng genommen nur die Fufssohlen. Die Gröfse der einzelnen Knoten schwankt zwischen Hanfkorn und Taubenei. (Fig. 1 u. 2.)

Entsprechend dieser universellen Ausdehnung waren wir auch gezwungen, ganz systematisch, vom Kopf aus beginnend, den ganzen Körper etappenweise zu bestrahlen. Zu diesem Zwecke teilten wir die verschiedenen Körperregionen in einzelne Felder ein, von denen jedes in jeder Sitzung $^1/_3$ Erythemdosis erhielt. Die Entfernung der Röhre von der Haut bringt es mit sich, daſs die Extremitäten in etwa acht Bestrahlungsfelder eingeteilt werden muſsten, die Vorder- und Hinterfläche des Rumpfes in je fünf, Kopf, Gesicht und Hals ebenfalls in fünf. An jedem Tage konnte eine dieser Gesamtregionen von fünf bis acht Bestrahlungsfeldern in Angriff genommen werden, so daſs in sieben Tagen eine Bestrahlung des gesamten Körpers vollendet war, ohne daſs bei der schon vor der Röntgenbehandlung sehr schwachen Patientin das Allgemeinbefinden irgendwie gestört wurde. Nach einem solchen Wochenzyklus hatte somit jede Hautstelle $^1/_3$ Erythemdosis erhalten. Auf diese Weise wurde die Kur drei Wochen lang durchgeführt bis jede Hautstelle eine ganze Erythemdosis erhalten hatte.

Um die Bestimmung der Erythemdosen so praktisch und einfach als möglich zu machen, bedienten wir uns der von E. H. Schmidt (Kompendium der Röntgen-Therapie, Berlin 1909) in die Bestrahlungstechnik eingeführten, kombinierten Bestrahlungsmethode, bei der ein für alle Mal die Röntgenröhre geeicht wird. Dieses erreicht man dadurch, daſs bei einer bestimmten Röntgenröhre die Zeit festgestellt wird, in welcher eine Erythemdosis nach Sabouraud & Noirés Test erreicht wird, während zugleich für dieselbe Röntgenröhre die Ausschläge des Milliamperemeters und der parallelen Funkenstrecke, wie auch die Strahlungsqualität (nach Wehnelt) notiert werden. Wird nun bei jeder einzelnen Bestrahlung derselbe Komplex von Bedingungen (parallele Funkenstrecke, Milliamperemeter und Strahlenqualität) eingehalten, so arbeitet man bei jeder Bestrahlung mit ein und derselben Erythemdosis und hat nicht nötig, jedesmal einen Test von Sabouraud zugleich mitzubestrahlen.

Schon nach der ersten Woche zeigte sich ein subjektives Wohlbefinden der Patientin, indem der früher fast unerträgliche Juckreiz wesentlich vermindert war, um sich dann im Laufe der zweiten Woche ganz zu verlieren. Nach der Verabfolgung von $^2/_3$ Erythemdosis begannen die Tumoren an Gröſse und Ausdehnung abzunehmen, einige schwanden gänzlich. Nach der Vollendung der ersten, drei Wochen dauernden Röntgenbehandlung wurde eine Pause von drei Wochen eingeschaltet, während welcher Zeit die Haut nur mit Eucerin eingerieben wurde.

Sechs Wochen nach dem Beginn der Röntgenbehandlung weist die Haut der Patientin folgenden Status auf: Fast sämtliche Tumoren sind noch vorhanden, aber erheblich verkleinert, die kleineren sind zum Teil ganz geschwunden. Die Patientin, die anfangs der Spannung in der Haut

wegen kaum gehen konnte, bewegt sich ohne Schmerzen und verläfst die Klinik, um sich ambulant weiterbehandeln zu lassen.

Eine Untersuchung, welche neun Wochen nach der ersten Bestrahlung vorgenommen wurde, ergab einen wesentlichen Erfolg in der Besserung. Nur noch fünf Knoten waren an der Innenseite des rechten Oberschenkels vorhanden, alle übrigen Knoten des Körpers, deren Anzahl sich auf mehrere hundert belief, waren völlig geschwunden. Eine weitere Applikation von $^1/_3$ Erythemdosis genügte, um innerhalb von weiteren 14 Tagen noch den letzten Rest der Knoten zum Schwunde zu bringen.

Als wir Patientin vier Monate nach dem Beginn der Behandlung wieder sahen, war von Knoten überhaupt nichts mehr zu finden (vgl. Fig. 3). Das Körpergewicht hatte zugenommen und Patientin fühlte sich sehr wohl. An den Stellen, wo früher Tumoren gesessen hatten, fanden sich dunkel pigmentierte Stellen, so dafs die ganze Körperoberfläche wie getigert aussah. Die Haut fühlte sich nicht mehr hart, trocken und gespannt wie früher an, sondern weich und elastisch, nur an der Oberfläche sogar etwas abnorm sammetartig weich, wie leicht ödematös. Die schon vor der Röntgenbehandlung bestehenden rheumatischen Schmerzen hatten sich wieder etwas verstärkt, so dafs die Kniegelenke etwas an Dicke zugenommen hatten. Blaulichtbestrahlungen bekamen der Patientin sehr gut, sowohl die Schwellung, wie auch die Schmerzen nahmen bedeutend ab. Die Patientin fühlte sich hierauf wieder so stark, dafs sie leichtere Haushaltungsarbeiten ohne allzu grofse Anstrengung verrichten konnte. Den ganzen Sommer hindurch hielt das Wohlbefinden an; es zeigte sich nicht das geringste Rezidiv des Granuloma fungoides und auch der Gelenkrheumatismus war zeitweilig verschwunden. Mit dem Herbst und dem Eintreten der kalten Jahreszeit rezidivierte derselbe aber. Starke rheumatische Schmerzen stellten sich ein und die Gelenke fingen wieder an zu schwellen. Besonders auffällig war dies an den unförmlich geschwollenen Finger- und Handgelenken der Patientin, welche ihr bei jeder Bewegung heftige Schmerzen verursachten. Der Appetit verschlechterte sich ebenfalls und kam Patientin schnell von Kräften. Innerhalb weniger Wochen magerte sie zum Skelett ab und fühlte sich sehr schwach und elend. Eine Untersuchung der Haut zu dieser Zeit ergab (etwa ein Jahr nach der Röntgenbehandlung) aufser einer nur noch leichten Pigmentierung an den Stellen der früheren Knoten keinen weiteren Befund, aber die Abmagerung war noch maximal und die gleiche schmerzhafte Gelenkschwellung bestand an den Händen unverändert.

Als ich Patientin vor einigen Wochen wieder besuchte, begann sie wieder etwas aufzuleben, der Appetit hatte etwas zugenommen und die Kräfte kehrten langsam zurück. Es wurden innerlich Arsen in der bekannten Form der Fowlerschen Tropfen und Nährklystiere verordnet.

Zuletzt sah ich die Patientin am 3. Juli. Sie hatte sich sehr gebessert und konnte sich wieder frei und ohne gröfsere Schmerzen bewegen.

Die ersten Versuche zur Behandlung der Mykosis fungoides mit Röntgenstrahlen wurden im Jahre 1902 von SCHOLTZ[1] mit positivem Erfolg ausgeführt. A. JAMIESEN[2] behandelte einen typischen Fall von Mykosis fungoides und verlängerte das Leben des Patienten durch Anwendung der Röntgenstrahlen um drei Jahre. Besonderes Interesse verdient der Fall von RIEHL, bei welchem zahlreiche über hühnereigrofse Tumoren auf Bestrahlung allein vollkommen verschwanden und welche später nur noch in Form der charakteristischen Pigmentierungen zu erkennen waren. Ganz ähnliche günstige Erfolge beobachteten noch viele andere Autoren so z. B. BROCQ und BELOT, STAINER, HYDE, MARKLEY, GAUCHER usw. Übereinstimmend findet man bei fast allen Autoren die Beobachtung, dafs zuerst der Juckreiz aufhört und dafs erst viel später die einzelnen Tumoren unter Braunfärbung der Haut sich zurückbilden.

Aus allen diesen Beobachtungen geht aber auch hervor, dafs man in allen Stadien der Mykosis fungoides imstande ist, sei es nun durch mehrmals kurze Bestrahlungen oder durch Verabfolgung der Gesamtdosis in einer Sitzung, sämtliche Erscheinungen zum Schwunde zu bringen. Aufser den oben erwähnten Autoren erzielten auch HOLZKNECHT, TAYLOR, LASSAR, HERXHEIMER und HÜBNER, WETTERER, FRANK, SCHULTZ usw. durch Anwendung der Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Mykosis fungoides günstige Erfolge.

Wenn auch diese Therapie keine kausale ist und die Krankheit nicht vollständig zu heilen vermag, so ist es uns doch möglich, den Krankheitsverlauf milder zu gestalten und den exitus letalis oft auf viele Jahre hinauszuschieben.

Histologischer Befund:

Von der Patientin waren in zwei verschiedenen Perioden der Krankheit zwei Stücke ausgeschnitten, einmal vor und einmal nach derselben. Ich beschreibe zunächst das erstere Bild: Das in Alkohol fixierte und in Celloidin eingebettete Material wurde mit der von UNNA modifizierten PAPPENHEIMschen Methylgrün-Pyronin-Methode gefärbt. Die besten Bilder wurden erzielt bei einer vorherigen Orceinfärbung des elastischen Gewebes (eine Nacht in saurer Orceinlösung).

---

[1] SCHOLTZ, Über den Einflufs der Röntgenstrahlen auf die Haut usw. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 59, S. 443—444.

[2] JAMIESEN, Mycosis fungoides and its treatement by X Rays. *Brit. med. Journal of Derm.* 1903, January.

Der erste Eindruck der Bilder bei schwacher Vergrößerung weist zunächst nicht den einer Mykosis fungoides auf der Höhe der Entwicklung, sondern mehr den eines chronischen Ekzems oder eines breiten Condyloms und zwar deswegen, weil der ungemein verbreiterte Papillarkörper (etwa 1—1,5 mm Dicke) zum größten Teil durch vergrößerte Epithelleisten eingenommen wird. Mein Fall gehört ja aber auch zu den seltenen Fällen von Granuloma fungoides, in denen auf der Höhe der Entwicklung keine kirsch- bis apfelgroßen Tumoren gebildet sind, sondern zahllose, niedrige, derbe, flache, manchmal plateauähnliche Knoten. Was bei der gewöhnlichen Form der Mykosis fungoides, die hauptsächlich eine Bindegewebegeschwulst darstellt, eine Ausnahme ist, die Mitbeteiligung des Epithels durch gleichzeitige Epithelwucherung (Akanthose), beherrscht hier das ganze histologische Bild vollkommen. Die Bindegewebeschicht, welche die spezifischen Zellmassen trägt, ist daher hier auf die mehr oder minder eingeengten, schmalen und langen Papillen und den schmalen horizontalen Bindegewebestreifen beschränkt, welcher das eigentliche Epithel von der Cutis trennt. Dieser horizontale Bindegewebestreifen ist die horizontale Platte des Papillarkörpers und trägt das epitheliale Gefäßnetz, von dem Unna nachgewiesen hat, daß es überall den Ausgangspunkt der Erkrankung bildet. Auch in meinem Fall strahlt die Erkrankung von hier nach außen gegen die Oberfläche aus und wird nur in ihrer Massenzunahme gehindert durch das gleichzeitige, starke Einwachsen des Epithels in dieselbe. Nach abwärts gegen die Cutis hin begrenzt sich die zellreiche Neubildung in ziemlich scharfer Linie genau wie in den gewöhnlichen Fällen des Granuloma fungoides mit größeren Tumoren. Die Differenz zwischen dem normal gebliebenen Cutisgewebe und dem in die Geschwulst aufgegangenen Papillarkörper tritt sehr schön an den mit saurem Orcein vorgefärbten Schnitten hervor, da in der Cutis das elastische Gewebe vollkommen erhalten ist, wodurch es eine bräunliche Farbe annimmt, während es im Papillarkörper bis auf einige wenige feine Fädchen geschwunden ist. Trotz der eigenartigen Entfaltung der Oberfläche in meinem Falle, welche durch das Hinzutreten starker Akanthose bedingt ist, läßt mithin auch dieser Fall den schichtweisen Aufbau des Granuloma fungoides erkennen; über einer relativ unversehrten Cutis erhebt sich die Geschwulst, indem sie sich ganz nach außen über das Hautniveau emporwölbt.

Auch die Gefäßveränderungen des subpapillären und papillären Gefäßnetzes sind die gewöhnlichen, es besteht eine dauernde Erweiterung sämtlicher Blutgefäße und Lymphwege, wobei die Gefäßwände sehr dünn sind und ihren kapillaren Charakter beibehalten. Was nun die Zellneubildung betrifft, so entspricht dieselbe insofern auch dem typischen Bilde des Granuloma fungoides als eine ungemein große Vielgestaltigkeit der Zellen besteht; während schön ausgebildete, runde oder kubische Plasma-

zellen und Mastzellen nicht fehlen, setzt sich die Hauptmasse der Zellen aus ziemlich grofsen, mannigfach geformten Zellmassen zusammen, die man nicht zu den Plasmazellen rechnen kann, da sie wenig oder gar kein mit Pyronin färbbares Granoplasma aufweist. Die Kerne derselben sind meist grofs, stark gefärbt, stellen aber nicht typische Radkerne dar wie bei den Plasmazellen. Während diese grofsen kubischen oder rundlichen Bindegewebezellen sich durch Granoplasmamangel und Fehlen des Radkernes von den Plasmazellen unterscheiden, ähneln sie denselben andererseits dadurch, dafs sie dicht aneinandergereihte vielzellige Klumpen bilden, oder auch dichtgedrängte Reihen entlang den Lymphspalten, wie es sonst die Plasmazellen an denjenigen Herden zu tun pflegen, die hauptsächlich aus Plasmatochterzellen bestehen. Auch diese von den Plasmazellen abweichenden Geschwulstzellen haben offenbar die Neigung sich zu teilen, denn die Tochterzellen bleiben zu gröfseren Verbänden vereinigt, und diese Teilung geschieht, wie es scheint, durch Amitose, da in den Zellen fast nirgends Mitosen anzutreffen sind. Hierzu kommt noch, dafs diese Zellen, welche den Hauptteil der Geschwulstmasse bilden, durch Aufnahme von Granoplasma den eigentlichen Plasmazellen sehr ähnlich sehen. Man kann also die Zellneubildung definieren als eine solche, welche es nur hier und da zu richtigen Plasmazellen bringt, aber wie diese durch starke Hypertrophie der Spindelzellen unter Zerfall derselben in kubische Tochterzellen entsteht. Teils durch die verschiedene Gröfse dieser Zellen, teils dadurch, dafs sie in buntester Weise mit wirklichen Plasma- und Mastzellen gemischt erscheinen, entsteht das bunte Bild bei der PAPPENHEIM-UNNA-Färbung. Diese Zellmassen, welche die horizontale Platte des Papillarkörpers vollständig erfüllen und von hier in alle Papillen gleichmäfsig aufsteigen, werden nun ihrerseits zerklüftet und voneinander entfernt durch stark erweiterte Lymphspalten. Dieselben sind aber nicht wie bei den grofsen mykotischen Tumoren erfüllt von einem Brei zerfallenen Protoplasmas, sondern leer; hier findet man also histologisch einen Hauptunterschied von dem typischen Bilde des Granuloma fungoides. Untersucht man allerdings die Zellen, welche an diesen verzweigten Lymphspalten liegen, genauer, so findet man überall die Zeichen einer permanent vor sich gehenden Zellabbröcklung; hauptsächlich die granoplasmahaltigen Zellen und die eigentlichen Plasmazellen zeigen diese Abbröcklung durch eingekerbte, wie ausgenagte Konturen, und dort, wo das Ödem des Papillarkörpers am stärksten ausgeprägt ist, in den Papillarköpfen, finden sich grofse, höchst unregelmäfsig geformte Bindegewebszellen, welche tatsächlich aus einem Brei von rotgefärbten Protoplasmakörnern bestehen und offenbar einem Zerfall entgegen gehen.

Es besteht also auch in diesem Falle eine besondere Weichheit und Hinfälligkeit der stark gewucherten Bindegewebszellen, welche zu einem

andauernden Zerfall derselben führt, aber derselbe ist nicht so rapid und führt daher auch nicht zu solch einer Stauung in den erweiterten Lymphspalten wie in den grofsen Tumoren des Granuloma fungoides. Dieser langsame Zerfall auf der einen Seite entspricht dem Mangel an Mitosen, das heifst einer raschen Geschwulstzunahme auf der andern Seite.

Die gewucherte Stachelschicht, so sehr sie auch das Bild der ganzen Geschwulst beherrscht, zeigt doch nur wenig Charakteristisches. Das Deckepithel wächst der Hauptsache nach in langen interpapillären Leisten und Zapfen in die Cutis hinein, während die superpapilläre Stachelschicht dünn bleibt und nur von einer mäfsig dicken Hornschicht bekleidet ist. Die wuchernden Epithelien zeichnen sich nur durch ihre Gröfse aus, hier und da setzt sich das Epithel des Papillarkörpers in Form weiter Interepithelialspalten in sie hinein fort.

Fassen wir die Besonderheit des histologischen Bildes noch einmal kurz zusammen, so unterscheidet es sich von dem typischen der gröfseren Tumoren, was die Zellelemente betrifft, durch den Mangel an Mitosen und an Zerfallmassen der Zellen in den Lymphspalten. Die Zellmassen gleichen denen des typischen Granuloma fungoides durch ihre Polymorphie, den Wechsel der Form und Gröfse, den sehr verschiedenen Gehalt an Granoplasma und dem Angenagtsein der Konturen. Auch hier besteht neben der starken Hypertrophie und Hyperplasie der Zellmassen nur einfach seröser Schwund derselben in Form von Granolyse ohne andere, kompliziertere Degenerationsform (homogen geschwollene Zellen, Riesenzellen, Verkäsung). Die starke Beteiligung des Epithels an dem Aufbau der Knoten hindert offenbar die Massenzunahme der im Papillarkörper situierten Geschwulst der Bindegewebszellen und bewirkt dadurch eine auffallende Derbheit, Trockenheit, Flachheit der Geschwülste. Es bildet sich auf diese Weise ein eigener, härterer und kleinerer Typus der Geschwülste, die man wohl am besten als die kleinknotige Form des Granuloma fungoides bezeichnen kann.

In der Literatur habe ich nur einen Fall gefunden, in welchem histologisch ebenfalls eine starke Beteiligung der Oberhaut an dem Prozesse erwähnt wird, es ist der Fall von ZUMBUSCH[3].

Einen völlig analogen Fall aber verdanke ich Herrn Prof. Dr. UNNA. Es handelt sich um den Fall Sch. seiner Sammlung, in welchem ebenfalls eine auffallend starke Epithelhypertrophie das den Papillarkörper ausfüllende Granulom durchsetzt und zugleich das letztere einen festeren Charakter als gewöhnlich aufweist. Jedoch sind nur an wenigen Stellen die Bilder vorhanden, wie sie in meinem Falle überall vorliegen, dafs

[3] MRACEK, Hautkrankheiten. Bd. II, S. 739. PALTAUF, Mykosis fungoides, Leipziger Fall.

nämlich ein Gewebe mit polymorph gewucherten Zellen und erweiterten Lymphspalten vorliegt und letztere von Granoplasmabröckeln frei sind. Die meisten Partien des Gewebes sind auch in diesem Falle von granulösen Bröckeln übersät, wie es bei unserer Affektion die Regel ist.

Möglicherweise hängt das besonders günstige und erfreuliche Resultat der Behandlung in diesem Fall mit dem abweichenden mikroskopischen Bilde zusammen. Die starke Mitbeteiligung des Epithels an dem Aufbau der Knoten und der weniger hinfällige Charakter der Cutisinfiltration charakterisieren vielleicht eine Varietät des Granuloma fungoides, die an und für sich einen weniger malignen Charakter besitzt.

Zusammenfassung:

Bei einem sowohl klinisch wie auch histologisch sichergestellten Falle von universellem Granuloma fungoides, welcher mit chronischem Gelenkrheumatismus in hohem Grade kompliziert war, ist es uns gelungen, nach Verabfolgung von Röntgenstrahlen in der Höhe einer ganzen Erythemdosis sämtliche Knoten zum Schwunde zu bringen. Die Heilung hielt an und war nach einem Jahr noch vollständig perfekt.

Bemerkungen zu der in Band 53, Heft 1, erschienenen Arbeit von Privatdozent P. A. PAWLOFF und Privatdozent A. G. MAMUROWSKY: „Zur Frage der Blasensyphilide bei Erwachsenen. Ein Fall von Syphilis bullosa (Pemphigus syphiliticus) adultorum."

Von

Professor A. J. POSPÈLOW-Moskau.

In der Anmerkung 1, Seite 3, dieses Artikels heifst es, dafs die betreffende Moulage und mikroskopischen Präparate in der Sitzung der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft am 12. April 1909 und auf dem XI. PIROGOFF-Kongrefs in St. Petersburg in der Sektion für Haut- und Geschlechtskrankheiten am 28. April 1910 demonstriert worden sind.

Als Präsident der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft und als Anwesender in der obenerwähnten Sitzung dieser Gesellschaft am 12. April 1909, in welcher Herr Dr. PAWLOFF seine Moulage des quasi Pemphigus syphiliticus adultorum demonstriert hatte, erlaube ich mir, folgendes zu bemerken:

1. Der von Herrn Dr. PAWLOFF vorgestellte Fall, soweit es aus der von ihm demonstrierten Moulage sich ergab, stellte tatsächlich nichts anderes als Syphilis cutanea papulo-pustulosa vegetans dar und war durchaus kein Pemphigus syphiliticus adultorum, unter welcher Diagnose Herr Dr. PAWLOFF seinen Fall der wissenschaftlichen Gesellschaft vorzustellen sich bemühte.

2. In der am 12. April 1909 abgehaltenen Sitzung der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft ist von Herrn Dr. PAWLOFF aufser einem Ausstrichpräparate von Spirochaeta pallida überhaupt kein einziges anderes mikroskopisches Präparat demonstriert worden.

3. Mit dieser seitens der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft geäufserten Meinung hat sich Herr Dr. PAWLOFF nicht begnügen wollen, sondern trat er mit seinem Vortrage auf dem XI. PIROGOFF-Kongrefs in St. Petersburg wiederum hervor[1].

Nun aber erwies es sich auch hier aus der Diskussion über den von Herrn Dr. PAWLOFF vorgetragenen Fall von Pemphigus syphiliticus adultorum, dafs durchaus kompetente Syphilidologen und Dermatologen sehr ernste Widerlegungen dieser Diagnose entgegenstellten.

---

[1] S. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 51, Nr. 7, S. 311.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911. Heft 7.

1. **Ein Fall von cystischem baso zellulären Epitheliom der Gesichtshaut,** von W. HEUCK und W. FRIEBOES-Bonn. Beschreibung eines Falles von cystischem Epitheliom der Wangenhaut, bei dem die glasig durchscheinenden, schon makroskopisch sichtbaren Cysten bläschenartig über die Haut hervorragten, während sonst Cysten in Hautepitheliomen sich als Einlagerungen im Niveau der krebsigen Veränderungen darstellen. Der Tumor glich einem Lymphangioma cysticum und nur das Vorhandensein von Keratomata senilia, das relativ schnelle Wachstum der jedenfalls aus einem solchen Keratom hervorgegangenen Geschwulst und das Bestehen einer kleinen, etwas indurierten Ulceration gaben Veranlassung, die Diagnose auf Epitheliom mit Cystenbildung zu stellen. Ihrem histologischen Bau nach gehörte die Neubildung zu den basozellulären Epitheliomen. Die von Tumorzellen umgebenen, $1^1/_2$—3 mm im Durchschnitt haltenden Cysten waren durch Quellung und Lösung der Geschwulstzellen und der Stützsubstanz entstanden.

2. **Leukoplakia praeputii,** von JULIUS HELLER-Charlottenburg-Berlin. Beschreibung eines Falles von Leukoplakie des inneren Präpupitalblattes bei einem vor vier Jahren syphilitisch infizierten Manne mit angeborener Phimosis. Das histolo-

gische Bild entsprach dem von H. bei Leukoplakia oris und Kraurosis vulvae beobachteten, wenn man von den für Kraurosis charakteristischen Schrumpfungserscheinungen absieht. Wie bei jeder Phimose war das ganze Präputium Sitz einer lebhaften Entzündung, die sich durch perivaskuläre Infiltration und Dilatation fast aller oberflächlichen und tiefen Gefäſse dokumentierte; an keiner Stelle aber waren so weite und so ektatische Gefäſse vorhanden, wie unter den leukokeratotischen Partien. K. hält es deshalb für möglich, daſs die Leukoplakie sich an den am meisten den Stauungen ausgesetzten Stellen entwickelt; man könnte sich vorstellen, daſs infolge der Stauung ein stärkerer Austritt von ernährender Gewebsflüssigkeit erfolgt, der wieder zu einer besseren Ernährung der Basal- und Retezellen und schlieſslich zur Hyperkeratose Veranlassung gibt. — In einzelnen Fällen von Leukoplakia praeputii wurde auch Schrumpfung der ganzen Vorhaut (Kraurosis) beobachtet. Dazu ist zu bemerken, daſs die Feststellung der Schrumpfung an dem haar- und drüsenlosen Präputium viel schwerer ist als an der Vulva; jede Differenz in den relativen Gröſsenverhältnissen der Glans und des Präputiums kann eine Verengerung bedingen, die durch die Stauungen in den blutreichen Genitalien noch erhöht wird, ohne daſs darum eine Schrumpfung vorhanden zu sein braucht.

3. **Über die hyperämischen Hautreaktionen nach Salvarsan, namentlich Frühreaktionen,** von Felix Pinkus-Berlin. P. fand, daſs schon im Laufe der ersten zwei Stunden nach intravenöser Salvarsaninjektion sehr häufig Exantheme auftreten, die sehr rasch, manchmal schon nach sechs bis acht Stunden, jedenfalls aber bis zum nächsten Tag wieder verschwinden. Sie stellen zumeist einfache, fast immer sehr dicht stehende Roseolen oder auch makulo-papulöse Flecke dar; schon vorher bestehende Roseolaflecke werden gröſser und deutlicher, die bereits vorhandenen Papeln umgeben sich mit einem roten Hof. Zuweilen erscheint als Reaktionsexanthem eine namentlich an Brust und Bauch ausgebreitete annuläre Roseola. In zwei Fällen reagierte ein sehr starkes Leukoderm mehrere Stunden lang mit der Bildung eines hyperämischen Hofes rings um jeden Leukodermafleck. Bei diesen schnell vorübergehenden Eruptionen handelt es sich, wie auch die mikroskopische Untersuchung erweist, um Ödem und Hyperämie vorhandener, aber unsichtbar gewesener Herde; an Stelle der in der Reaktion neu entstandenen und nur während der Reaktion sichtbaren Roseolen besteht ein starkes Infiltrat um die Blutgefäſse, die Gefäſse der Reaktionsherde sind stark mit roten Blutkörperchen gefüllt, auch Ödem der Epidermis kommt vor. — Für das Auftreten dieser Frühreaktionen nach Salvarsaninfusion ist zweifellos nur die Einwirkung des Mittels auf das Syphilisvirus — vitale Reizung der Spirochäten oder rapider Spirochätenzerfall — verantwortlich zu machen. Wenn auf Salvarsan nicht nur syphilitische Eruptionen, sondern auch die Hauterscheinungen anderer Krankheiten wie Lepra, Lupus, Psoriasis, Lichen planus reagieren, so liegt das daran, daſs das Salvarsan bei all diesen Affektionen Überempfindlichkeitsreaktionen hervorruft. Die Reaktion ist wie bei Wiederholung der Salvarsaninjektion, so auch bei Salvarsaninfusion nach einer eben beendigten Quecksilberkur meist sehr gering, läſst aber doch häufig erkennen, daſs auch eine sehr früh eingeleitete, energische Quecksilberkur nicht alles Virus zu vernichten vermag. Manchmal wird in solchen Fällen die negative Wassermannsche Reaktion für einige Tage wieder positiv; unter Umständen kann die Reaktion am Sitz gut abgekapselter Spirochätenherde am Auge oder Ohr in Gestalt von Seh- oder Hörstörungen auftreten. *Götz-München.*

Lepra.

Bibliotheca internationalis.

1911. Band XII, Heft 1.

I. **Impfung von Kultur des HANSENschen Bacillus in das Kaninchenauge,** von ALBERT SERRA-Cagliari. Es gelang dem Verfasser, aus Lepromen den HANSENschen Bacillus zu isolieren. Er impfte damit die vordere Kammer eines Kaninchenauges. Es entstand eine knotenförmige Veränderung mit dem histologischen Merkmale des Leproms und mit Anwesenheit von Bazillen, die mit den eingeimpften identisch waren.

II. **Originale von Lepraschaubriefen aus dem 16. und 17. Jahrhundert.** Mitgeteilt von KARL SUDHOFF-Leipzig. *Schourp-Danzig.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

1911. Band XV, Nr. 5.

Ein Katheterisierungs- und Operationscystoskop, von LEO BUERGER-New York. Beschreibung mit Abbildungen.

Harnröhrenfieber, von GEZA GREENBERG-New York. Klinische Studie.

Ursprung der Harnsteine, von G. S. GORDON-Vancouver.

Die Jodtherapie in der Dermatologie und bei Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, von H. H. STROMBERGER-Washington.

Die Behandlung der Hautkrankheiten mittels Hyperämie, von W. KNOWSKY SIBLEY-London. Gute Beeinflussung bei Akne, Rosacea, Alopecia areata, Psoriasis, Keloid, Lupus vulgaris und Beingeschwüren.

Verhängnisvoller Fall der hypodermatischen Anwendung unlöslicher Quecksilbersalze, von THOMAS J. HARRIS-New York. Nach Injektion von Hydrargyrum salicylicum erkrankte eine Patientin mit starker Stomatitis und Albuminurie; es trat in Kürze der Tod ein im urämischen Koma.

Fehlerquellen in der Röntgendiagnose von Nierensteinen, von HENRY K. PANCOART-Philadelphia.

Ist Natrium cacodylicum ein Spezifikum gegen Syphilis? Von D. D. DENEEN-Cincinnati. D. verneint die Frage; in den Fällen, wo das Präparat gut wirkte, war die Syphilisinfektion mild.

Schwangerschaft, Myome, perniziöser Vomitus, postoperative Pyelitis, von GEORGE O. CLARK-Boston. Kasuistik.

Maligner Nierentumor bei Kindern, von HERMANN B. SHEFFIELD-New York. Drei Fälle.

Moderne Methoden der Behandlung der Krankheiten der Geschlechts- und Harnorgane, von WILLIAM BENHAM SNOW-New York. Verfasser empfiehlt die Anwendung hochfrequenter Ströme bei Prostatitis und Epididymitis, bei Varicocele und Krämpfen des Blasenhalses.

1911. Nr. 6.

Die Reaktion nach WASSERMANN-NOGUCHI, von J. T. ULLOM-Philadelphia. Beschreibung der Technik der Modifikation nach NOGUCHI.

Sexuelle Pädagogik bei Schulkindern, von PHILIP ZEUNER-Cincinnati.

Plastische Operation zur Wiederherstellung des Skrotums, von W. P. CARR-Washington. In einem Falle von gangränöser Zerstörung der Hodensackhaut erfolgte Deckung des Defektes durch Hautlappen von der Innenseite der Oberschenkel. Einzelheiten sind in dem mit Abbildungen versehenen Originalartikel nachzulesen.

Über Masturbation, von MAURICE FREEMAN-New York.

Ekzemtherapie, von PAUL F. BREMER-Philadelphia. Nichts Neues.

Orchitis und Epididymitis als Komplikation des Typhus, von A. STANLEY-PIKE-Rochester. Kasuistik und Literaturzusammenstellung.

Spezifische Urinintoxikation und -Infektion, von SIMON R. KLEIN-New York. KL. nimmt zwei Gruppen an: die eine ohne Saccharum, aber mit Aceton und Betaoxybuttersäure im Urin; die andere mit Indikanurie.

Gesichtsekzem, von SAMUEL HORTON BROWN-Philadelphia. Nichts Neues.

Zwei Fälle zur Diagnose, von CHARLES F. KULM-Detroit. Ein erythematöses papulöses Exanthem am Skrotum als Frühsymptom parenchymatöser Nephritis. — Perivesikaler Absceſs. — Angioneurotisches Ödem. — Spätsyphilis.

Die Diagnose des Scharlachfiebers, von MAURICE OSTHEIMER - Philadelphia. Bekanntes.

Sexuelle Ethik, von R. C. BLACKMER-St. Louis.

1911. Nr. 7.

Der Kampf gegen den Krebs, von WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE - New York. Dreiſsig Fälle mit Abbildungen.

Die Wichtigkeit des Zusammenarbeitens des Otologen, Laryngologen, Ophthalmologen mit dem Internisten bei der Diagnose und Behandlung der Krankheiten, besonders spezifischer, von GEORGE E. DAVIS-New York. Bekanntes.

Die Vaccinetherapie bei Haut- und Harnkrankheiten, von ANNA ALBERS-Chicago. Empfehlung dieser Behandlungsart.

Herpes zoster ophthalmicus, kompliziert durch ein akutes Glaukom, von AARON BRAV - Philadelphia. Fall einer 55jährigen Frau; das Leiden wurde von dem zuerst behandelnden Arzt als Erysipel angesehen.

Die Behandlung septischer Infektion der Hand und der Finger, von WILLIAM PEARCE COUES-Boston. Nichts Neues.

Zur Behandlung der akuten Blennorrhoe, von D. J. HAYES - Milwaukee. Bekanntes.

Radikaloperation der Hydrocele, von HUGH WILKINSON-Kansas. Beschreibung der von E. W. ANDREWS angegebenen Methode, deren Einzelheiten durch vier Abbilduungen erläutert werden.

1911. Nr. 8.

Lepra, von R. H. BIBB-Saltillo. Klinische Studie.

Die Diagnose der Pellagra, von BEVERLEY R. TUCKER-Richmond. Zur Diagnose der Pellagra ist unerläſslich die Feststellung des Hautexanthems. Es gibt aber häufig gastro-intestinale und nervöse Symptome, die trotz des Fehlens der Hauterscheinungen als Pellagra gedeutet werden können. T. berichtet von einer Reihe solcher Fälle.

Individuelle Prophylaxe gegen die Geschlechtskrankheiten, von GUSTAVUS M. BLECH-Chicago. Bekanntes.

Die praktische Wichtigkeit der Nierenanomalien, von ARCHIE L. MCDONALD-Grand Forks. Pathologische und klinische Darstellung mit Abbildungen.

Obscöne Literatur und Gesetzgebung, von R. W. SHUFFELDT - Washington. Referat über ein unter dem gleichen Titel herausgegebenes Werk von THEODORE SCHRÖDER-New York.

Die Behandlung der Harnröhrenblennorrhoe beim Weibe, von E. WOOD RUGGLES-Rochester. Der Verfasser lehrt jeder Patientin, vor dem Spiegel die Schamlippen auseinanderzunehmen, das Orificium urethrae aufzusuchen und mit der gewöhnlichen, stumpfen Tripperspritze Silbereiweiſslösungen einzuspritzen.

Austernschalennägel, von LEONARD K. HIRSHBERG-Baltimore. Mit dem Namen Austernschalennägel belegt der Verfasser eine wie Austernschalen sich darstellende chronische, nicht auf Pilzen beruhende Nagelerkrankung.

Blasenpapillom, von JAMES N. VANDER VEER und WILLIAM G. LEVI-Albany. Bericht von einem durch Anwendung hochfrequenter Ströme günstig beeinflufsten Fall.

Schourp-Danzig.

Folia urologica.

Bd. VI, Nr. 3. August 1911.

1. **Tubogonal- und Kombinationstherapie in der modernen Urologie,** von ALEXANDER GRAVE - Moskau. Empfehlung der KAROschen „Tubogonal"-Methode, bei der die sonst zur Injektion verwendeten Blennorrhoemedikamente, statt in wässeriger Lösung an Katheterpurin gebunden, aus Metalltuben mit stumpfem Conusansatz in die Harnröhre eingeführt werden.

Empfehlung der „Buccosperin"-Kapseln: Geloduratkapseln mit Kopaivabalsam, dem ein im Vakuum hergestellter Buccoextrakt sowie Hexamethylentetramin und Salicylsäure zugesetzt sind.

2. **Über Histologie, Histogenese und histologische Diagnose einiger maligner Tumoren der Niere,** von IGNAZIO SCALONE-Neapel. Eingehender Bericht über sieben interessante Fälle seltener Nierengeschwülste mit genauen histologischen Befunden. 16 gute Reproduktionen auf sieben Tafeln.

3. **Zur Technik der Urethroscopia posterior mit meinem kombinierten Urethroskop,** von H. WOSSIDLO-Berlin. Technisches zur Anwendung des kombinierten Urethroskops, einer Vereinigung des älteren WOSSIDLOschen Instruments für die Urethroscopia posterior mit einem modifizierten GOLDSCHMIDTschen Irrigationsurethroskop.

4. **Eine Bemerkung zu der Arbeit des Herrn Prof. ENGLISCH: Das Urethralfieber,** von BERTELSMANN - Cassel. B. weist auf einige eigene frühere Arbeiten über den Gegenstand hin, in denen er folgende Erklärung des Urethralfiebers gegeben: Entsteht beim Katheterisieren in der Harnröhre eine Wunde, so wird der gesamte Druck der überfüllten Blase auf diese Wunde mit einwirken können. Es besteht dann die Möglichkeit und sogar die Wahrscheinlichkeit, dafs Urin in offene Blutgefäfse direkt eingespritzt wird, und der cystische Urin enthält manchmal Millionen Keime. B. glaubt aber, dafs der Nachweis der zahlreichen Keime im Blute, wie er ihm einige Male geglückt ist, nicht häufig gelingen wird, da der Schüttelfrost gerade das Zeichen dafür ist, dafs das Blut die Bakterien abgetötet hat und das Gift der Bakterien frei geworden ist. „Da der Körper, wenn sterile, aber dem Blut nicht angepafste Flüssigkeiten in dieses hineingelangen, oft mit Schüttelfrost reagiert, so kann man sich auch vorstellen, dafs auch steriler Urin, wenn er ins Blut gerät, Schüttelfrost hervorruft. Die eigenartigen Erscheinungen des Urethralfiebers würden also dadurch erklärt, dafs die Blase unter Umständen in der Lage ist, infizierten oder sterilen Urin direkt in die Blutgefäfse hineinzuspritzen. Nebenbei möchte ich noch erwähnen, dafs ein Instrument in der engen Urethra auch wie der Stempel einer Spritze wirken kann, so dafs namentlich bei bestehender Striktur Kokainlösungen oder Öl direkt in Blutgefäfse eingeprefst werden können. Auf diese Weise ist vielleicht mancher unerwartete Kollaps zu erklären."

W. Lehmann-Stettin.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1911. Band I, Heft 4 und 5.

1. **Experimentelle und klinische Studie über die Funktion der Nieren, geprüft mit Phenolsulfonephtalein,** von L. G. ROWNTREE- und JOHN T. GERAGHTY-Baltimore. Aus dem Englischen übersetzt von GARDNER. (Heft 4 und 5.)

2. **Modernes Instrumentarium für die Sectio alta,** von F. CATHELIN-Paris. (Heft 4.) C. hat für die Sectio alta eine Reihe von Instrumenten konstruiert, welche die Ausführung der Operation auch unter schwierigen Verhältnissen und bei besonderen anatomischen Verhältnissen in der einfachsten und raschesten Weise ermöglichen sollen. Es sind im ganzen sechs Instrumente, von denen aber nur vier für die Sectio alta selbst notwendig sind: 1. Ein Katheter mit BÉNIQUÉscher Krümmung, einem Hahn am äufseren Teil und je einer Riefe auf beiden Seiten der gekrümmten Partie; er gestattet die Spülung der Blase und ihre Füllung mit Luft oder Flüssigkeit, die Krümmung ist besonders wichtig bei Prostatikern, der hinter der Symphyse vorspringende Schnabel des Katheters gibt dem Chirurgen einen guten Anhaltspunkt bei kleiner, unelastischer, über einem Stein retrahierter, von den umgebenden Geweben sich schlecht abhebender Blase, die Kannelierung dient zur Führung der Spitze des Bistouris bei Vornahme einer perinealen Urethrotomia externa. 2. Ein Sperrelevator mit kleinen gekrümmten Klappen zum selbsttätigen Auseinanderhalten der beiden Wundränder; er ist lediglich eine Modifikation des gebräuchlichen Elevators, der wegen der Gröfse seiner Klappen bei kleiner Inzision schwer einzuführen ist. 3. Eine 22 cm lange, dünne Pinzette, die an Stelle der fixierenden Fäden dient und ein Ausreifsen der Ränder der Blasenwunde verhütet; das Endstück der einen Branche bildet ein kleines ausgehöhltes Trapez, in welches das an beiden Aufsenseiten mit transversalen Riefen versehene Endstück der 2. Branche hineinpafst. 4. Ein Sperrelevator mit kleinen, geraden, langen Klappen zum Auseinanderhalten der Seitenteile der Blase, die immer die Neigung haben, sich aneinander zu legen. 5. Ein Instrument zum Niederdrücken der Blase mit einer durch Sperrvorrichtung beweglich gemachten Branche. 6. Eine sehr lange mit Sperrvorrichtung versehene Pinzette mit grofsen, viereckigen Öffnungen im Endstück der Branchen zum Fassen der enukleierten Prostata. — Die beiden Elevatoren und der Katheter werden von COLLIN, die beiden Pinzetten von LÖWENSTEIN und das Instrument zum Niederdrücken der Blase von GENTILE hergestellt.

5. **Die polycystischen Nieren,** von POUSSON-Bordeaux. (Heft 5.)

6. **Ein Instrument, dafs die exakte Anlegung des LUYSschen Harnseparators beim Weibe ermöglicht,** von DOMENICO TADDEI-Florenz. (Heft 5.) Bei Frauen verschiebt sich der Harnseparator in der weiten, dehnbaren Harnröhre sehr leicht, bei älteren Frauen mit erschlafften Genitalien, bei Frauen mit Uterusprolaps oder vaginaler Cystocele kommt der gekrümmte Teil des Instruments fast nie an die richtige Stelle zu liegen. Um dem abzuhelfen, hat T. eine Art einklappigen, schmalen Spekulums konstruirt, dessen vorderer Teil ausgehöhlt und genau so gekrümmt ist wie der Separator; es wird an dessen äufserem Teil befestigt in die Vagina eingeführt, fixiert von unten her den Separator und verhindert die Bildung von seitlichen Ausbuchtungen der Blasenwand. Das Spekulum, das von GENTILE hergestellt wird, hat sich in zahlreichen Fällen ausgezeichnet bewährt; mit etwas veränderter Krümmung des äufseren Teils könnte es bei Männern in das Rektum eingeführt werden, sein Gebrauch wäre besonders bei Prostatikern und bei Leuten mit schlaffer Blase vorteilhaft.

Um mit dem intravesikalen Harnseparator exakte, einwandfreie Resultate zu erzielen, müssen nach T. folgende Regeln beobachtet werden:

1. Der Patient mufs sitzen.

2. Die Blase mufs vor Anlegung des Instruments so lange ausgespült werden, bis die Spülflüssigkeit klar ausfliefst.

3. Die Blase mufs vor Einführung des Separators mit Flüssigkeit gefüllt werden, damit sich die Schleimhautfalten ausgleichen.

4. Zum Auffangen des Harns sind Röhren von 10—15 cm Länge zu verwenden; sie dienen zur Aushebung des Harns und gestatten, den äuferen Teil des Separators so weit wie es nötig ist, nach oben zu stellen.

5. Nach Anlegung des Instruments wird zuerst auf der einen, dann auf der anderen Seite etwa 1 ccm einer farblosen Flüssigkeit (abgekochten Wassers, physiologischer Kochsalzlösung) injiziert; nur wenn diese ausschliefslich auf der Seite, auf der sie eingespritzt wurde, ausfliefst, liegt der Separator richtig.

6. Wenn von der injizierten Flüssigkeit auch nur ein Tropfen auf der anderen Seite ausfliefst, mufs die Lage des Instruments geändert werden; kommt bei wiederholten einseitigen Injektionen Flüssigkeit auf der anderen Seite heraus, dann ist die intravesikale Harnseparation als unmöglich zu erachten.

7. Während der ganzen Dauer der Separation müssen der Patient und der das Instrument haltende Arzt unbeweglich bleiben.

8. Während der ganzen Dauer der Separation mufs das Ausfliefsen des Urins auf beiden Seiten beobachtet werden.

9. Der Harn darf erst nach einigen Minuten zur Untersuchung entnommen werden, damit es sich nicht mehr um Harn, der durch Spülflüssigkeit verdünnt ist, handeln kann.

10. Um sich davon zu überzeugen, dafs das Instrument während der Dauer des Versuchs die richtige Lage beibehalten hat, spritzt man nach Entnahme der Harnproben auf einer Seite 1 ccm einer gefärbten Flüssigkeit (Methylenblaulösung oder dgl.) ein, die dann auf der gleichen Seite wieder ausfliefsen mufs.

Heft 6.

1. **Über die Nieren- und Ureterensteine beim Kinde**, von Rafin-Lyon. Über Nieren- und Ureterensteine bei Kindern finden sich in der Literatur nur recht spärliche Mitteilungen; Charvin, ein Schüler Rs. hat im ganzen 39, zum Teil operierte, zum Teil bei der Sektion gefundene Fälle gesammelt, die aber nicht alle veröffentlicht sind. Nach Ansicht Rs. ist aber die Lithiasis beim Kinde doch nicht so selten; die Lithiasis der Erwachsenen scheint teilweise schon in der Kindheit ihren Anfang zu nehmen. Die meisten Fälle wurden in Holland, Griechenland und Österreichisch-Illyrien beobachtet; ob aber dort Nieren- und Ureterensteine bei Kindern wirklich häufiger vorkommen, als in anderen Ländern, oder ob nur die Ärzte dort mehr darauf achten, will R. dahingestellt sein lassen.

Erkrankungen der Mundschleimhaut und der Zähne und Hauteiterungen (Impetigo usw.), die bei Kindern so oft am Beginn einer Osteomyelitis auftreten, scheinen bei vorher aseptischer Lithiasis eine Infektion hervorrufen zu können.

In 13 von den 39 Fällen waren Steine nur in der Niere, in 18 nur im Ureter, in 6 in der Niere und im Ureter, in 2 Fällen in der Niere, im Ureter und in der Blase vorhanden. In 10 von den 13 Fällen, in denen nur die Niere Steine enthielt, handelte es sich um primäre Steine, auch von den Uretersteinen scheint der gröfsere oder doch ein grofser Teil primärer Art gewesen zu sein. In 21 von den 39 Fällen safsen die Steine auf der rechten, in 8 auf der linken Seite, in 6 Fällen war die Lithiasis doppelseitig, in 4 Fällen war der Sitz nicht angegeben. Von den Uretersteinen lagen 2 im oberen, 4 im mittleren und 15 im Beckenteil des Harnleiters. Über die chemische Zusammensetzung der Steine wird nur in 21 Fällen berichtet;

darunter waren 5 Harnsäure- und 4 Oxalatsteine, Cystin- oder Xantinsteine sind nicht beschrieben worden.

Die Symptome sind die gleichen wie bei den Erwachsenen. Zur Sicherung der Diagnose und besonders zur genauen Feststellung des Sitzes der Konkremente dient in erster Linie die Röntgenphotographie des ganzen Harnapparates, die allerdings auch zuweilen Täuschungen verursacht.

Auch die Indikationen zur operativen Behandlung sind die nämlichen wie bei den Erwachsenen. Die Erfolge der Operationen sind im allgemeinen sehr gute, die Nephrotomie scheint bei Kindern, auch wenn eine Infektion besteht, weniger gefährlich zu sein als bei Erwachsenen. Die weiteren Schicksale der operierten Kinder sind allerdings zumeist unbekannt. — Zur Entfernung von Ureterensteinen, auch wenn gleichzeitig Nierensteine vorhanden sind, dürfte sich nach Ansicht Rs. die subperitoneale Laparotomie am meisten empfehlen.

2. **Klinischer und experimenteller Beitrag zum Studium der Wirkung des Bacterium coli auf die Niere,** von Filippo Cuturi-Catania. Aus dem Italienischen übersetzt von Emile Legrain.

3. **Technik der Sectio alta,** von O. Pasteau. Zusammenstellung einer Reihe von Einzelheiten, die für die Ausführung der Sectio alta und den Erfolg der Operation unter verschiedenen Verhältnissen von Bedeutung sind. Im Gegensatz zu den meisten anderen Autoren empfiehlt P. den rechtshändigen Chirurgen, sich zur Vornahme der Operation auf die linke Seite des Kranken zu stellen. Aufblähung des Rectums mittels Ballons ist höchstens bei stark retrahierter Blase mit verdickten Wandungen und kleinem Lumen angezeigt; eine derartige Blase kann aber auch vom Assistenten mit einem in das Rectum oder in die Vagina eingeführten Finger nach vorne gedrängt werden. Die Blase wird in allen Fällen, in denen die Einführung eines Katheters möglich und die Blasenkapazität nicht zu sehr herabgesetzt ist, vor der Operation mit Luft gefüllt; am besten wird dazu ein gekrümmter elastischer Katheter verwendet, der als Verweilkatheter liegen bleibt. Die Füllung geschieht mit einer Spritze und zwar erst nach Eröffnung der Bauchhöhle, wenn man die Blase vor Augen hat, eine Überdehnung läſst sich dann mit Sicherheit vermeiden. Dem kurzen, über der Symphyse beginnenden Längsschnitt gibt P. den Vorzug vor dem Querschnitt. Eine Verletzung des Peritoneums ist unmöglich, wenn man die Blase nie eröffnet, bevor man die Ansatzstelle des Peritoneums gefunden hat. Fixierung des Peritoneums mit einem Katgutfaden, wie Guyon vorgeschlagen hat, hält P. für überflüssig und zudem für gefährlich. Um in Fällen, in denen die Blase vor der Operation mit Flüssigkeit gefüllt wurde oder nicht entleert werden konnte, das Austreten von Flüssigkeit aus der eröffneten Blase zu verhüten, wird der Zeigefinger der linken Hand dicht an das Bistouri angelegt und mit ihm in die Blase eingeführt, so daſs die Schnittöffnung auch gleich wieder verschlossen wird. Der Blaseninhalt entleert sich durch den vor der Operation eingeführten Katheter, an dessen äuſserem Ende eine lange, als Saugheber wirkende Kautschukröhre angebracht ist. Der in die Blasenwunde eingeführte Finger verhindert ein Entschlüpfen der Blasenwand, die übrigens vor der Inzision zu beiden Seiten der Mittellinie mit je einem Katgutfaden durchstochen und damit fest fixiert wird. Pinzetten verwendet P. zur Fixierung nicht; die Katgutfäden können am Schlusse zur Blasennaht benutzt werden. Bei geschrumpfter, kleiner, leerer Blase ist es nach P. vorteilhaft, vom Assistenten eine Metallsonde durch die Harnröhre einführen zu lassen; der an der vorderen Blasenwand fühlbare Knopf dient als Richtpunkt für die Inzision, die aber auch in solchen Fällen erst nach dem Auffinden des Peritoneums vorgenommen werden darf. Die Blase vernäht P. durch dicht nebeneinandergelegte, durch die ganze Blasenwand hin-

durchgreifende Nähte; damit werden sehr gute Resultate erzielt, vorausgesetzt, dafs man für guten Abflufs des Harns durch die Urethra sorgt. Der prävesikale Raum wird drainiert, der Drain bleibt, bis die Blasenwunde vollständig verheilt ist, also mindestens zehn Tage liegen. Auch wenn die Blase nicht vernäht werden kann, ist ein Verweilkatheter unentbehrlich. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

7. Jahrg., Nr. 40.

I. **Die Tuberkulo-Bacillose in ihren Beziehungen zu den Harnorganen,** von Edouard d'Haenens-Antwerpen. Referat, erstattet in der Société belge d'Urologie (Sitzung vom 25. und 26. Juni 1910). Das Wesentliche seiner Ausführungen fafst d'H. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Aufser dem Tuberkelknötchen, einer spezifischen histologisch-pathologischen Veränderung kann der Kochsche Bacillus in den Geweben auch nicht-spezifische, banale Reaktionen hervorrufen, die zu den Tuberkulo-Bacillosen gehören. Es ist das eine unpassende Bezeichnung für diese Reaktionen; da sie unrichtige Vorstellungen erweckt.

2. Der Kochsche Bacillus ist der Erreger sowohl der Tuberkulose wie der Tuberkulo-Bacillose; er wird viel häufiger durch Vererbung, d. h. durch Sperma oder Ovulum, als durch Ansteckung übertragen.

3. Tuberkulose und Tuberkulo-Bacillose sind also zumeist Folge einer primären Bacillämie; die im Blute kreisenden Bazillen setzen sich unter gewissen Bedingungen, die mit dem Alter der Patienten, mit dem Ernährungszustand und mit anatomischen Verhältnissen zusammenhängen, in den Organen und Geweben fest.

4. Die Symptomatologie der Tuberkulo-Bacillose der Harnorgane ist zum Teil verschieden von der Symptomatologie der Tuberkulose des Harnapparates. Die Diagnose gründet sich auf körperliche Erscheinungen (Schmerzen in der Nierengegend und im Leib, manchmal nach den äufseren Genitalien ausstrahlend, Harnbeschwerden, Vermehrung der Miktionen, leichte terminale Hämaturien), Unregelmäfsigkeiten der Körpertemperatur (häufig ist namentlich der Typus inversus, Morgentemperaturen über, Abendtemperaturen unter 37°), Ausscheidungen von minimalsten Spuren Eiweifs und von Cylindern mit dem Harn und positive Tuberkulinreaktion.

5. Gewisse Affektionen, die anscheinend keine Beziehungen zum Kochschen Bacillus haben (Enuresis bei Kindern, Hydrocele, angeborene, nicht-blennorrhoische Harnröhrenstrikturen, manche leichte, rasch vorübergehende Cystitiden, gewisse Formen von Rheumatismus und Arthritismus) sind doch durch ihn verursacht.

6. Die Behandlung der Tuberkulo-Bacillosen der Harnorgane besteht, abgesehen von diätetischen Mafsnahmen, in der Injektion minimaler Mengen verdünnten Tuberkulins.

Am Schlusse seiner Darlegungen teilt d'H. 17 einschlägige Krankengeschichten mit.

II. **Behandlung der fadenförmigen, nicht durch Fistelbildung oder Harntumoren komplizierten blennorrhoischen Strikturen,** von Jean de Smeth-Brüssel. Sm. empfiehlt, bei ganz engen Harnröhrenstrikturen vor Einführung des filoformen Bougies sterilisiertes Öl zu injizieren, und in Fällen, in denen die Harnröhrenschleimhaut sehr hyperämisch ist und komplette Harnretention besteht, vor dem Öl einige Tropfen einer 1‰igen Adrenalinlösung einzuspritzen. Allerdings ist bei Kranken, bei denen die Harnröhre blutet, also verletzt ist, die Anwendung des Adrenalins wegen der Gefahr der Intoxikation kontraindiziert. Das Auftreten von Harnfieber läfst sich durch Verabreichung von Urotropin mit Sicherheit verhüten. Wenn es möglich ist,

führt man gleich das filiforme Bougie eines MAISONNEUVEschen Urethrotoms ein und läfst es 18 bis 24 Stunden liegen, um dann die Urethrotomia interna vorzunehmen. Narkose ist dazu nicht nötig, Lokalanaesthesie mit Stovain, das weniger giftig ist als Kokain und keine so starke Vasodilation zur Folge hat, genügt. Bei kallösen Strikturen wird an die Urethrotomie eine zirkuläre elektrolytische Dilatation angeschlossen.

III. **Über einen Fall von Fremdkörper in der Harnblase,** von KALLIONZIS-Athen. K. entfernte aus der Harnblase eines 19jährigen Mädchens mittels Sectio alta eine Haarnadel, deren Spitzen sich in die Blasenschleimhaut eingebohrt hatten, während über dem geschlossenen Teil der Nadel ein hühnereigrofser, aus Phosphaten bestehender Stein entstanden war. Die Blase war über dem Fremdkörper stark kontrahiert, ihre Wandung verdickt und hyperämisch, aufserdem bestand eine adhäsive Pericystitis. Die Nadel lag seit drei Jahren in der Blase. — In die nur zum Teil vernähte Blase wurde ein Heberschlauch nach PERRIER-GUYON eingelegt; als dieser nach acht Tagen entfernt und dafür ein PEZZERscher Katheter durch die Urethra eingeführt wurde, entstand eine profuse Blasenblutung, die Tamponade der Blase notwendig machte.

Nr. 41.

I. **Behandlung der Urethritis anterior mit intraurethraler Massage und Aspiration,** von STORDEUR-VERHELST-Brüssel. Der Verfasser empfiehlt zur Behandlung weicher, oberflächlicher, glandulärer Infiltrate bei chronischer Urethritis anterior die intraurethrale Massage. Das Instrument, dessen er sich dazu bedient, besteht aus einem geraden Metallkatheter, der in einer Reihe von zwölf kleinen ausgehöhlten Oliven übergeht, die letzte Olive hat in ihrer Basis zwei Öffnungen, so dafs während der Massage Spülungen vorgenommen werden können. Das Instrument, das etwa 28 cm lang ist und einen Durchmesser entsprechend Charrière Nr. 21 besitzt, wird, nachdem mittels Endoskopie Sitz, Ausdehnung und Stärke der Infiltrate festgestellt worden ist, bis zum Bulbus eingeführt; der Operateur zieht mit der linken Hand den Penis kräftig an und bewegt mit der rechten Hand das Instrument in der Längsrichtung an den Wänden des Harnröhrenkanals an ihrer ganzen Zirkumferenz, besonders aber da, wo die stärksten Veränderungen einsetzen, auf und ab; der Druck, der dabei ausgeübt wird, richtet sich nach dem Grad der Läsionen und nach der Empfindlichkeit des Patienten. Der Verfasser macht in einer Sitzung gewöhnlich 25 bis 40 Friktionen und schliefst eine Spülung mit $^1/_4$ ‰iger Lösung von Hydrarg. oxycyanatum an. Die Massage wird erst wiederholt, wenn die Reaktion — schleimig-eitriger Ausflufs, leichtes Brennen bei der Miktion und Trübung des Harns — abgelaufen erscheint; das ist gewöhnlich nach sechs bis sieben Tagen der Fall. — Das absolut unschädliche Verfahren bewirkt Entleerung der urethralen Drüsen und Wiederherstellung des normalen Blutkreislaufs in den durch infiltriertes Gewebe komprimierten Gefäfsen, es vermehrt die Phagocytose, verteilt das Exsudat über eine gröfsere Fläche und befördert dadurch seine Resorption, die Schmerzempfindungen werden durch Dehnung und Zerrung der Nervenfasern gelindert. Kontraindiziert ist die intraurethrale Massage beim Bestehen irgendwelcher akuter Erscheinungen, bei abnormer Sensibilität des Kranken und bei Orchitis, nicht aber bei Prostatitis.

Zur Vorbereitung für die intraurethrale Massage und zur Behandlung alter weicher oder tiefgreifender oder harter Harnröhreninfiltrate und trockener Urethritiden dient die Aspiration. Sie wird vorgenommen mittels eines geraden, am Handgriff mit einem Hahn versehenen Metallkatheters, dessen stark verdünnter Endteil in einer Ausdehnung von 12 cm von einer Silberdrahtspirale umgeben ist. Das Instrument, das einen Durchmesser von Charrière 21—22 hat, wird nach Entleerung der Blase eingeführt, und während der Patient die Harnröhrenmündung an die Metallröhre andrückt, wird mit einer Spritze oder besser noch mit einem BIERschen Saugapparat

die Aspiration vorgenommen und in Zwischenräumen von mehreren Minuten einigemal wiederholt. Nach Entfernung des Instrumentes, die sehr zart und schonend vorgenommen werden mufs, wird mit $^{1}/_{4}$‰iger Lösung von Hydrarg. oxycyanatum ausgespült. Die Aspiration, die alle sechs bis acht Tage vorgenommen wird, bewirkt starke Hyperämisierung der Schleimhaut und der unter ihr liegenden Gewebsschichten und Entleerung der infizierten Drüsen und der Lymphräume, die Blutzirkulation in den infiltrierten Geweben wird wieder hergestellt, die Harnröhrenwand wird weicher und geschmeidiger, harte Infiltrationen werden weich. Das Verfahren ist kontraindiziert bei akuten Erscheinungen, dann in Fällen, in denen eine sehr starke Reaktion zu erwarten ist, und beim Bestehen hyperämischer oder desquamierender, zu Blutungen neigender Zonen in der Urethra.

Zur Kombination von intraurethraler Massage und Aspiration dient ein gerader, am äufseren Ende mit einem Hahn versehener Metallkatheter, dessen Endteil in einer Ausdehnung von 12 cm spiralenförmig gewunden ist. Der Verfasser benutzt ihn speziell bei glandulären Formen.

Die Instrumente werden von Deseck hergestellt.

II. **Beitrag zur Frage der nichtblennorrhoischen und nichttraumatischen Harnröhrenstrikturen**, von K. W. Frank-Berlin. Fr. berichtet über zwei Patienten mit kongenitalen Harnröhrenstrikturen, bei denen im Anschlufs an akute Infektionskrankheiten — Scharlach bzw. Influenza — eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten war, ferner über einen Fall von multiplen kongenitalen Strikturen in der Pars prostatica mit aufsergewöhnlich starker Harnsäurebildung und permanenter Harninkontinenz; bei diesen Kranken sind, da die Entleerung der Harnsäurekristalle durch die Verengerung behindert war, mehrmals urämische Anfälle aufgetreten. Einmal beobachtete Fr. eine durch Vernarbung eines intraurethralen Primäraffektes bedingte Striktur und einmal bei einem Manne, bei dem er die rechte Niere wegen Tuberkulose entfernt hatte, eine tuberkulöse Harnröhrenverengerung.

Götz-München.

Bücherbesprechungen.

Hautkrankheiten sexuellen Ursprungs bei Frauen, von Oscar Scheuer. (Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1911.) Scheuer lag an einer Zusammenfassung unserer Kenntnisse über die Beziehungen der Haut zu den physiologischen und pathologischen Zuständen der weiblichen Sexualorgane. — Keine leichte Aufgabe in unserer Zeit, in welcher, wie der Verfasser mit Recht bemerkt, die Cellularpathologie abgelöst wird von ihrer Vorgängerin, der allerdings in moderne Formen gekleideten Humoralpathologie. Wiederum erweist sich Scheuer als geschickter Ordner der angesammelten Literaturausweise, wiederum hilft er zweckmäfsig und geschickt, dieses Mal, wem immer die Empfindung eigen ist, dafs eine rein äufserliche Therapie so wenig ausreicht bei all den Affektionen der Haut, welche zurzeit der Pubertät, der Schwangerschaft, des Klimacterium u. s. f. auftreten, welche Menstruation, Kastration begleiten u. s. f. In der zu sehr differenzierten und daher Wiederholungen verschuldenden Disposition finden sich auch die Hautveränderungen bei der Chlorose, „bekanntlich eine Form von chronischer Anämie, die hauptsächlich bei jungen Mädchen während der Pubertätsjahre und kurz danach in Erscheinung tritt.“

Scheuers Monographie ist der Anfang eines Versuches, die dunklen Probleme der inneren Sekretion in ihrer Bedeutung für die Pathologie des Hautorganes systematisch heranzuziehen. Dafür wissen wir dem Verfasser besonderen Dank. — Eins erhellt sicherlich aus der Lektüre des Buches: Kein Spezialfach der Medizin verlangt wie die Dermatologie ein Verständnis für die Bedeutung und den Umfang der übrigen Spezialfächer. Im umgekehrten Verhältnis aber glaubt der angehende Arzt nach absolviertem Examen sich der Dermatologie ohne weiteres Umschauen in den anderen Diziplinen widmen zu dürfen. — Das der Scheuerschen Arbeit angehängte Literaturverzeichnis, das naturgemäfs nur unvollständig sein kann, gibt eine Probe von der gemeinsamen Arbeit, welcher Gynäkologen und Dermatologen gegenüberstehen. Dem Verlag gebührt für den Druck eine besondere Anerkennung.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Sekretionsanomalien.

Zur Kasuistik der Hemihyperidrosis und paradoxen Schweifssekretion, von Wilhelm Presslich. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 17.) Fall funktioneller Störung der Schweifssekretion bei einem schwer hereditär belasteten Manne.

Schourp-Danzig.

Experimentelle Beiträge zur Pathogenese des Ikterus mit spezieller Berücksichtigung der Gallenkapillaren, von Stefan Sterling-Warschau. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* Bd. 64, Heft 5 u. 6.) Die Arbeit befafst sich mit der Frage, ob die Entstehung des Ikterus in allen Fällen auf mechanische Momente allein zurückzuführen ist, und kommt zum Ergebnis, dafs es aufser diesem Ikterus per stasin jedenfalls auch einen Ikterus per parapedesin gibt. Die genaueren Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Etwas über Tätowierung, von L. Stieda-Königsberg i. Pr. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 14.) St. hat eine Sammlung von tätowierten Hautstücken angelegt. Zur Aufhebung eignet sich am besten die Glycerinmethode, nach welcher die Hautstücke mit Glycerin behandelt werden. *Schourp-Danzig.*

Klinische Beobachtungen über Muskel- und Hautfinnen. Röntgennachweis verkalkter Zystizerken, von Karl Pichler-Klagenfurt. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 10 u. 11.) Verfasser hat in den letzten 21 Jahren in 16 Fällen an lebenden Zystizerken (Haut- und Muskelfinnen) nachweisen können und in mehreren Fällen verkalkte Zystizerken mit dem Röntgenverfahren dargestellt. *W. Lehmann-Stettin.*

Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. V. Reichmann: „Eine ungewöhnliche Filaria-Erkrankung. Heilung durch Salvarsan“, von Fülleborn-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 15.) F. präzisiert nur noch einmal seinen Standpunkt bei diesem Fall (s. Referat Bd. 52, S. 490) und erklärt, dafs man den Beweis für die Filarianatur der fraglichen Parasiten durchaus nicht als erbracht betrachten kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mifsbildungen.

Über die Natur der Naevuszellen, von Kreibich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Befunde über Lipoidkristalle in den Naevuszellnestern; weitere Ausführungen über die von Kreibich vor kurzem aufgestellte Theorie. „Der Lipoidnachweis in den Melanoblasten gibt uns eine Tatsache an die Hand, mittels welcher sich in präziserer Weise als bis jetzt die epitheliale Abstammung der Naevuszellen erweisen läfst; zugleich bestätigen pigmentierte zellige Naevi vollinhaltlich unsere vor kurzem geäufserte Anschauung über die Abkunft des melanotischen Hautpigments aus einem Lipoidkörper.“ *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Naevus papillaris pigmentosus der Pars prostatica der Urethra mit sarko-carcinösen Metastasen (nebst Bemerkungen über die Histogenese der „Melanosarkome“), von Heinrich Albrecht-Wien. (*Verh. d. Dtsch. path. Gesellsch.* 1910. S. 253.) An dem Falle war eigentümlich der Umstand, dafs ein Teil der Metastasen histologisch das Bild eines metastatischen medullären Carcinoms, wie es vielfach als Carcinoma solidum alveolare bezeichnet wird, zeigte, wobei vielfach noch die Anordnung in Nester analog den Naevuszellnestern deutlich war, während andere Metastasen vollständig das Bild der Spindelzellensarkome zeigten, in denen allerdings kleinere oder gröfsere Nester epithelialer Zellkomplexe, wie in den carcinomatösen Metastasen, zu finden sind. Von diesen aus erfolgt in das umgebende Sarkomgewebe eine Einwanderung von Zellen, so dafs eine innige Untermengung epithelialer und mesenchymaler Zellelemente erfolgt. Auch im Primärtumor sieht man in unmittelbarer Umgebung der epithelialen Zellkomplexe, besonders wo dieselben Lymphgefäfse erfüllen, das Auftreten spindelförmiger Zellen mit grofsen Kernen, zwischen die sich polygonale Epithelzellen eindrängen und mit ihnen innig vermengen. Hieraus erklärt sich das Auftreten der anscheinend sarkomatösen Metastasen. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Hypertrichosis, von Heinrich Paschkis. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6 und 7.) *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der Balggeschwülste mittels Elektrolyse, von M. Horovitz-Wien. (*Med. Klin.* 1910. Nr. 49.) Es gelang Verfasser, Balggeschwülste in mehreren elektrolytischen Sitzungen zu beseitigen (3—4 M.-A.). Der Sack verödet nnd verklebt danach. Er empfiehlt diese Methode warm und hat sie auch bei periartikulären Bursitiden mit Erfolg in Anwendung gebracht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Erkältung und Harnleiden, von Arthur Grünschild-Wien. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1911. Nr. 3.) Verfasser mifst den Erkältungseinflüssen eine grofse Bedeutung für die Entstehung von akuten und chronischen Erkrankungen der Nieren und der Blase bei und gibt dementsprechende prophylaktische Ratschläge.

Arthur Schucht-Danzig.

Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Sexualorgane von Tier und Mensch, von Alexander Faber-Jena. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XVI, Heft 5 u. 6.) Eine in ihrer Vollständigkeit recht verdienstvolle Zusammenstellung der bisher über das Thema bekannt gewordenen Literatur und zur Orientierung genügend ausführliche Besprechung der einzelnen Arbeiten. (Bezeichnend für die Vielschreiberei unserer Zeit ist, dafs das Literaturverzeichnis der Arbeiten über diese eine spezielle Frage, die überhaupt erst seit relativ wenigen Jahren aufgeworfen ist, bereits etwa 100 Nummern umfafst!) *W. Lehmann-Stettin.*

Über die cerebrale Lokalisation des Geschlechtstriebes, von Arthur Münzer-Schlachtensee. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Die Beobachtung, daſs Kastraten die Libido behalten, und andere Tatsachen lieſsen die Ansicht aufkommen, daſs auſserhalb der Genitalsphäre noch ein anderes unabhängiges Zentrum existiere, dessen Gesetzen die Manifestationen der Libido sexualis unterworfen sind. Aus einer Literaturzusammenstellung zeigt Verfasser, daſs zerstörende Prozesse an der kindlichen Zirbeldrüse häufig mit einer vorzeitigen Entwicklung des Genitalsystems und seiner Funktionen einhergehen, und gewinnt die These: Die normal sezernierende Zirbeldrüse scheint mit einem gewissen Hemmungsvermögen für das Auftreten der Geschlechtstätigkeit ausgestattet zu sein. Von der Hypophyse läſst es sich dagegen nicht sicher entscheiden, ob ihre Sekretion die Geschlechtstätigkeit fördert; ihre Einwirkung macht sich vielleicht nach verschiedenen Richtungen (Förderung und Hemmung) hin geltend. Die Frage, ob und welche anderen Hirnteile an der Regulation des Geschlechtstriebes beteiligt sind, bedarf weiterer Klärung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Chronische Urethritis und chronische Ureteritis infolge von Tonsillitis, von Yng L. Hunner-Baltimore. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 13.) H. führt vier Krankheitsfälle an, in denen die Erkrankung der Harnröhre und der Harnwege nicht auf Blennorrhoe zurückzuführen war, sondern mit einer vorausgegangenen Tonsillitis im Zusammenhang stehen sollte. *Schourp-Danzig.*

Bericht über einen Fall von Urinretention, von G. W. Burg-Stoke-on-Trent. (*Lancet.* 4. März 1911.) Eine 37jährige verheiratete Frau wurde in deutlich komatösem Zustand mit der Anamnese einer seit mehreren Tagen bestehenden Schwierigkeit der Urinentleerung ins Hospital gebracht. Der Leib war stark gespannt und anscheinend von einem ziemlich festen Tumor ausgefüllt. Im Becken fühlte man vom Rektum aus eine zweite Schwellung, die als der eingeklemmte retrovertierte gravide Uterus erkannt wurde. Mit dem Katheter wurde die enorme Menge von $4^1/_2$ Liter (166 Unzen) entleert, und ein zweites Katheterisieren vier Stunden später entleerte noch gut $1^1/_2$ Liter. Nach Reposition des verlagerten Uterus in der Narkose und bei energischer Bekämpfung der urämischen Erscheinungen erfolgte vollständige Genesung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über gewisse Verbesserungen in der optischen Konstruktion der Cystoskope, von Leo Buerger-New York. (*New York med. Journ.* 1. April 1911.) Mittels der Wapplerschen Linsenprismen und einer Kombination von Mittellinsen (zwischen Objektiv und Okular) hat es sich als möglich erwiesen, in einem kleinen Katheterteleskop soviel und sogar noch mehr Licht zu sammeln, als wir bis jetzt bei den groſsen, einfachen Beobachtungsteleskopen imstande waren. Das Beobachtungsfeld wurde ebenfalls vergröſsert, indem der Gesichtswinkel um 30° erhöht wurde, was um die Hälfte mehr als bei den älteren Instrumenten ausmacht. Die Einzelheiten des Instrumentes sind nur mittels der beigegebenen Zeichnungen verständlich.

Stern-München.

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Stumpfe Behandlung der Phimose im Kindesalter, von Carl Stuhl-Gieſsen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) St. empfiehlt, die Phimose bei Knaben unter zehn Jahren niemals operativ, sondern stets mit allmählicher Dehnung und stumpfer Lösung der Adhäsionen zu behandeln. Man versucht, das Präputium mit den drei ersten Fingern beider Hände über die Glans zurückzudrängen, was oft erst nach zwei oder drei Tagen gelingt und bei sehr engem Präputium, um die Gefahr einer Paraphimose zu vermeiden, erst nach wiederholter mehrtägiger Dehnung geschehen soll. Wenn die Urethra frei liegt, löst man die vorhandenen Verklebungen des Präputiums

mit der Glans mittels einer stumpfen Sonde, Präputialsteine sind stumpf mit der Sonde zu entfernen. Die bei der Dehnung entstehenden kleinen Hautrisse werden mit Xeroform eingepudert, die häufig eintretende Schwellung der Vorhaut geht unter feuchten, zwei- bis dreistündlich zu erneuernden Blei- oder Borwasserverbänden rasch zurück. Nach einigen Tagen wird die Prozedur nochmals wiederholt, nach acht Tagen ist die stärkste Phimose beseitigt, doch mufs die Mutter während des folgenden halben Jahres viermal wöchentlich die Vorhaut zurückschieben. Geschieht das nicht, dann wird das Präputium infolge der Einrisse und der Entzündung rigide, und es mufs dann nach Eintritt der Pubertät operiert werden. Ein sehr stark entwickeltes Frenulum ist nach Durchführung der Dehnung zu inzidieren. *Götz-München.*

Akute Urethritis chemischen Ursprungs, von Wm. J. Robinson-New York. (*Med. Record.* 8. April 1911.) Bericht über drei Fälle artefiziell erzeugter Urethritis; im ersten Falle durch eine Sublimatlösung, die der Apotheker dem über „Prickeln" in der Harnröhre klagenden Patienten gegeben: er solle eine (0,5 g enthaltende) Sublimatpastille in ungefähr einem halben Glase Wasser auflösen und damit dreimal täglich spritzen! Im zweiten Falle hatte ein Patient wegen häufiger Pollutionen mit einer 10%igen Zincum sulfuricum-Lösung gespritzt und war dann zum Arzt gegangen, der den entstandenen Ausflufs ohne Untersuchung als Tripper weiterbehandelte. Der dritte Fall als Beispiel von „vielen, die durch die Argentum nitricum-Probe im Anschlufs an geheilte Blennorrhoe entstehen". *W. Lehmann-Stettin.*

Über eine angeborene membranöse Verengerung der Pars prostatica urethrae, von Richard Lederer-Wien. (*Virchows Arch.* Bd. 203, Heft 2.) Der elfjährige Knabe starb an Urämie. Die Autopsie ergab eine membranöse Verengerung der Pars prostatica. Nach der histologischen Untersuchung enthält die Membran sowohl ekto- als endodermale Gebilde. Es wäre möglich, dafs diese Membran durch Ausbleiben der völligen Verschmelzung der beiden Keimblätter an dieser Stelle zustande gekommen und somit als echte Hemmungsmifsbildung zu deuten wäre.

Schourp-Danzig.

Die seltenen oder abnormen klinischen Formen von Blasentumoren, von Marion. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 23.) Tumoren der Harnblase manifestieren sich zuweilen ausschliefslich durch Schmerzen bei den Miktionen oder durch Pollakiurie oder durch Harnretention, in anderen Fällen nur durch renale Krankheitssymptome, wie Nierenkoliken oder Albuminurie und Ödeme, bedingt durch Kompression der Ureteren. Tumoren, die an der Peripherie der Blase ihren Sitz haben und sich exzentrisch entwickeln, bewirken aufser funktionellen auch physikalische Erscheinungen, sie imponieren schon bei der Palpation als Geschwülste. Bei allen derartigen Fällen wird die Diagnose durch die cystoskopische Untersuchung ermöglicht.

Götz-München.

Über seltene Formen von Harnblasendivertikeln, von Hermann Merkel-Erlangen. (*Verh. d. dtsch. path. Gesellsch.* 1910. S. 337.) Mitteilung zweier Fälle: 1. Blasendivertikel, das extraperitoneal als Blasenhernie durch das Foramen obturatorium ausgetreten war. 2. Grofses, 600 ccm fassendes Divertikel, das in der Tiefe des Beckens gelegen war und sowohl den Darm als die Urethra komprimierte. Durch eitrig-phlegmonöse dissezierende Entzündung war die ganze Innenauskleidung der Divertikelwand abgehoben und lag als ein kompletter, fast nur an der Mündung des Divertikels in die Blase noch an der Unterlage festhaftender Sack zusammengefaltet im Innern des Divertikels. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von paracystischem Abscefs mit eigenartigem Heilungsvorgang, von Felix Kraemer-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Bei einer 60jährigen Frau, die schon seit etwa 20 Jahren hier und da leichte Schmerzen

in der Ileocöcalgegend verspürte, seit $1^1/_2$ Jahren aber sich sehr krank fühlte und dabei Schmerzen im ganzen Unterleib und Harnbeschwerden hatte, fand Kr. aufser stark remittierendem Fieber eine starke Schmerzhaftigkeit der ganzen rechten Bauchseite, aber ohne dafs ein Tumor oder sonst eine objektiv nachweisbare Veränderung im Abdomen vorhanden gewesen wäre. Der Urin bestand zu neun Zehnteln aus Eiter, er enthielt Bacterium coli und Streptokokken, aber keine Tuberkelbazillen. Bald nach Beginn der Beobachtung durch Kr. bildete sich in der Glutäalgegend eine sehr schmerzhafte Infiltration, es entstand ein perinealer Abscefs, der nach kurzer Zeit perforierte; gleichzeitig ging der Eitergehalt des Harns rapid zurück, die Temperatur wurde normal, das subjektive Befinden besserte sich von Tag zu Tag. — Wahrscheinlich war die paracystitische Eiterung die Folge einer latenten abscedierenden Typhlitis; die Eiterung war, wie die cystoskopische Untersuchung ergab, am Blasenboden in die Blase perforiert, an einer Stelle, wo der Eiter sich nicht vollständig in die Blase entleeren konnte, so dafs erst nach Durchbruch des perinealen Abscesses Heilung eintrat. *Götz-München.*

Vorschlag für eine Operation zur Herstellung einer suprapubischen Drainage der Blase, von J. B. Pike - Longborough. (*Brit. med. Journ.* 8. April 1911.) Man führe einen stark gebogenen Prostatakatheter in die Blase ein und drücke damit die Blasenwand gegen die äufsere Bauchwand an. Diese wird dann durchtrennt, bis man auf die Blasenschleimhaut kommt, und letztere wird dann auch inzidiert und mit der äufseren Haut vereinigt zur Herstellung eines permanenten, mit Schleimhaut ausgekleideten Kanals. Verfasser sagt nicht, ob er diese Idee auch schon praktisch erprobt hat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Malakoplakia vesicae urinaride, von G. Hedren-Stockholm. (*Nord. med. Archiv.* 1911. Nr. 3.) Mitteilung eines Falles dieser seltenen Erkrankung bei einer 45jährigen Frau. Sofort nach der Sektion der an chronischer parenchymatöser Nephritis und Urämie zugrunde gegangenen Frau wurden mit dem Blasenmaterial Tierimpfungen vorgenommen zur eventuellen Klarstellung der Auffassung, dafs die Blasenveränderungen bei Malakoplakie tuberkulös seien; diese Impfungen sind negativ ausgefallen. Genaue histologische Untersuchungen. Literaturübersicht. Abbildungen. *W. Lehmann-Stettin.*

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Über Geburtsschädigung des Hodens, von Simmonds-Hamburg. (*Verh. d. dtsch. path. Gesellsch.* 1910. S. 247.) Kurze Beschreibung der während der Geburt durch den Geburtsmechanismus entstehenden Blutungen des Hodens und Nebenhodens. *Gunsett-Strafsburg.*

Über experimentelle Hodenatrophie, von J. Kyrle-Wien. (*Verh. d. deutsch. pathol. Ges.* 1910. S. 240.) Die experimentelle Hodenatrophie wurde bei Hunden durch Einwirkung von Röntgenstrahlen erzeugt. Es gelang dem Verfasser einige Studien ihrer Entwicklung zu studieren, so dafs er hieraus die Genese des ganzen Prozesses ableiten konnte: primär geschädigt ist immer das Kanälchenepithel, die Samenzellen, die rasch zugrunde gehen, während nur die Sertolischen Zellen erhalten bleiben. Gleichzeitig vollzieht sich ein regenerativer Vorgang, nämlich eine Vermehrung der interstitiellen Zellen. Während nun in vielen Fällen wieder eine Rückbildung des Zwischengewebes und eine Regeneration im Kanälcheninnern, die bis zur erneuten Spermatosenbildung führen kann, erfolgt, tritt in besonders intensiv geschädigten Hoden ein anderes Phänomen auf, die Verdickung der Membrana propria, welche wahrscheinlich das Vorstadium des hyalinen Zustands der Membrana propria darstellt, den man so oft im menschlichen Materiale vorfindet. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Veränderungen der Hoden bei chronischem Alkoholismus, von A. WEICHSELBAUM-Wien. (*Verh. d. deutsch. pathol. Ges.* 1910. S. 234.) Verfasser fand bei 57 Fällen von chronischem Alkoholismus, die an Lebercirrhose, Delirium, Fettleber usw. verstorben waren, Veränderungen mehr oder minder bedeutenden Grades, die man im allgemeinen als Atrophie bezeichnet und die sich im histologischen Bilde nicht wesentlich von der senilen Atrophie unterscheiden, und zwar: 1. Verminderung oder Aufhören der Spermatogenese (spärliche oder gar keine Samenfäden im Lumen der Hodenkanälchen, körniger Zerfall der Kerne der Spermatiden, Schrumpfung der Kerne der Spermatocyten), 2. Verschmälerung der Hodenkanälchen, 3. Wandverdickung derselben, die aus feinfibrillärem Bindegewebe mit länglichen Zellkernen oder aus kernarmen hyalinem Gewebe besteht und 4. Auseinanderrücken der Hodenkanälchen mit deutlicher Vermehrung des Zwischengewebes. Ferner zeigten in einer grofsen Anzahl von Fällen die kleinen Arterien des Hodens Sklerose, wobei die Intima verbreitert und hyalin erschien oder auch die anderen Wandschichten hyaline Degeneration zeigten. *Gunsett-Strafsburg.*

Zwischenzellen und Hodenatrophie, von KARL KOCH-Berlin. (*Virchows Arch* Bd. 202, Heft 3.) Aus den Untersuchungen des Verfassers ergibt sich, dafs die Zwischenzellen modifizierte Bindegewebszellen sind; sie stammen wahrscheinlich von gewöhnlichen Bindegewebszellen ab und können sich in solche umwandeln. Die Ursache für die Vermehrung der Zwischenzellen im entwickelten menschlichen Hoden ist die Verminderung des Gewebsdruckes, die in der Regel durch Atrophie und folgende Schrumpfung von Hodenkanälchen bewirkt wird. Im vollentwickelten menschlichen Hoden spielen die Zwischenzellen die Rolle eines Stütz- oder Füllgewebes. *Schourp-Danzig.*

Primäre Orchitis mit sekundärer Parotitis, von J. F. TORPEY-New Hampton. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 10.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Über einen Fall von Thrombose der Vasa spermatica bei akutem Gelenkrheumatismus, von v. WYSS-Zürich. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 43.) Bei einem 32jährigen Mann trat während einer Attacke von akutem Gelenkrheumatismus spontan eine Thrombose der Corpora cavernosa auf (primäre Erektion des Penis und Schwellung der Glans mit Paraphimose); dann wurden rückläufig die Vasa spermatica, soweit sie Scrotum und Penis versorgten, verstopft. Ausgang in Gangrän, Sepsis und Exitus. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Würdigung der Spermabefunde für die Diagnose der männlichen Sterilität, von FÜRBRINGER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Die Ausführungen des auf diesem Gebiete bekannten Verfasser schliefsen sich an Äufserungen POSNERS über das gleiche Thema an. Es soll stets eine Anzahl von Präparaten durchsucht werden. Gestaltveränderungen der Spermatozoen im frisch entleerten Sperma bieten wenig sichere Anhaltspunkte. Bei Bewegungslosigkeit frisch entleerter Spermatozoen ist darauf zu achten, ob nicht durch schnelle Gerinnung des Sperma an der Luft eine solche vorgetäuscht wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

d. *Prostata.*

Die Prostatahypertrophie, von WILLI HIRT-Breslau. (*Klin.-therap Wochenschr.* 1911. Nr. 16.) *Schourp-Danzig.*

Behandlung der Prostatahypertrophie durch perineotransurethrale Prostatektomie, von PICQUÉ und DELBET. (*Bull. méd.* 1911. S. 373.) Dieses Verfahren ist sehr rasch, wenig blutig, gestattet gute Drainage und leichtes Urinieren. Es liefert sehr gute Resultate. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Das Resultat von 18 Prostatektomien, von E. Tengwall-Vexiö. (*Nord. med. Arkiv.* 1911. Nr. 30.) Verfasser berichtet über 18 Prostatektomien, 5 perineale nach Albarran und 13 transvesikale nach Freyer, ohne einen Todesfall. Die primären Resultate waren alle gut. In 14 nachuntersuchten Fällen — die meisten nur einige Monate nach der Operation — zeigten 12 ein gutes, 2 ein weniger befriedigendes Resultat. Die sexuellen Resultate sind nach den perinealen Operationen schlecht, bei den transvesikalen, denen Verfasser den Vorzug gibt, recht gut.

W. Lehmann-Stettin.

Inversion eines Blasendivertikels als Komplikation einer Prostatektomie, von O. Ehrhardt-Königsberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Bei einem 76jährigen Patienten, bei dem seit zwölf Jahren eine Prostatahypertrophie, seit zwei Jahren Ischuria paradoxa bestand und die Harnblase nach der Katheterisierung noch als derbwandige Resistenz über der Symphyse fühlbar war, wurde in leichter Äthernarkose die suprasymphysäre Prostatektomie gemacht. Nach Inzision der Blase entleerten sich mehrere Liter Spülflüssigkeit und Urin, dabei hustete und prefste der Patient sehr stark; im Fundus der Blase fühlte E. einen fast faustgrofsen, weichen, der Blasenwand breit gestielt aufsitzenden, kugelförmigen Tumor, beim Versuch die Wand der Geschwulst einzudrücken fühlte man lautes Gurren, ähnlich dem Gurren über darmhaltigen Hernien. Es handelte sich um einen Blasendivertikel, der sich bei der plötzlichen Entleerung der Blase invertiert hatte; in den Divertikel, dessen Wand wesentlich dünner erschien als die Blasenwand, waren Darmschlingen hineingeprefst. Nach Reposition des Darms aus dem Divertikelsack verkleinerte sich der Divertikel, die einen Schnürring bildende Blasenmuskulatur zog sich zusammen, die Reposition des Divertikels selbst gelang nicht, E. mufste ihn invertiert in der Blase zurücklassen. Im weiteren Verlauf wurde der Divertikel zu einem schweren Hindernis für die Harnentleerung, indem er sich polypenartig über die Harnröhrenöffnung in der Blase legte; infolgedessen entleerte sich der Urin neun Wochen lang durch die Bauchwunde. Als der Urin teilweise auf natürlichem Wege abging, trat fast stets die charakteristische plötzliche Unterbrechung des Harnstrahls ein; schliefslich aber verschwand auch dieses Symptom, und der Urin ging vollständig und unbehindert durch die Urethra ab. Der Divertikel erschien vier Monate nach der Operation im cystoskopischen Bilde ungefähr wallnufsgrofs. — Der Fall beweist, dafs eine Schädigung der Kontraktilität der Blasenmuskulatur nicht ohne weiteres als Kontraindikation gegen die Prostatektomie gelten darf.

Götz-München.

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Versuche einer Vereinfachung des Tuberkelbazillennachweises im Harn, von Robert Bachrach und Friedrich Necker-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 12.) Untersuchungen an 37 Harnen mit folgenden Resultaten: „Das Antiforminverfahren nach Uhlenhuth und Xylander bietet nur bei der Untersuchung sehr eiterhältiger Harne eine gröfsere Sicherheit, als die Färbung der nativen nicht vorbehandelten Sedimente. Am brauchbarsten erwies sich die Modifikation der Methode von Löffler, nach ihr die Kombination des Antiformin-Ligroins nach Bernhardt und Haserodt.

Für den Tierversuch gestattet die Kombination der Blochschen Impfung mit dem Antiforminverfahren eine wünschenswerte Vereinfachung und Abkürzung der Untersuchung, bei grofser Verläfslichkeit der Resultate.

Bei Harnen, die neben Tuberkelbazillen virulente Eitererreger enthalten, dürfte die Vorbehandlung mit Antiformin das rasche Eingehen der Versuchstiere verhüten."

W. Lehmann-Stettin.

Über eine neue Harnreaktion und ihren Zusammenhang mit der Ehrlichschen Diazoreaktion, von Moriz Weiss-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 42.) Die Urochromogenprobe besteht in Zusatz einiger Tropfen 1 ‰iger Kaliumpermanganatlösung zu dem dreifach verdünnten Harn. Enthält der Harn Urochromogen, so tritt Gelbfärbung ein. Die Intensität derselben ist proportional der Intensität der Ehrlichschen Diazoreaktion. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über das Verhalten von Albuminurie und Cylindrurie während des Kurgebrauches, von Karl Zörkendörfer-Marienbad. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) In zahlreichen Fällen von zufällig gefundener Albuminurie mit oder ohne Cylindrurie hat sich während des Kuraufenthaltes in Marienbad ein Verschwinden bzw. Zurückgehen der Albuminurie feststellen lassen; nur in etwa 18% der Fälle liefs sich gleichbleibende oder erhöhte Albuminurie nachweisen.

W. Lehmann-Stettin.

Über das Verhalten von Albuminurie und Cylindrurie beim Gebrauch von Sulfatwässern, von E. Pflanz-Marienbad. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 10.) Bei 53 Personen, die während ihrer durchschnittlich vierwöchentlichen Kur in Marienbad in fortlaufender Beobachtung waren, liefs sich Albuminurie und Cylindrurie nachweisen. Die Patienten kamen gewöhnlich nach Marienbad wegen Adipositāt und Beschwerden, welche auf diese bezogen wurden, aufserdem wegen Gicht, Rheumatismus, Magen- und Darmstörungen, vor allem chronischer Obstipation, einige mit leichtem Diabetes und nur sechs Personen auch wegen Affektion des Harnapparates. Von diesen letzteren abgesehen, war bei der überwiegenden Mehrzahl aller anderen von Anomalien seitens der Harnorgane früher nichts bekannt geworden. In acht Fällen lag zweifellos eine chronische diffuse Nephritis vor, in zehn Fällen eine Schrumpfniere; aber auch in den übrigen Fällen, bei denen für das Bestehen einer Nierenaffektion sonst keinerlei Zeichen aufzufinden waren, war Arteriosklerose stets deutlich nachweisbar. In allen diesen Fällen, mit ganz geringen Ausnahmen, gingen die Erscheinungen der Albuminurie und Cylindrurie während des Kurgebrauches vollkommen zurück, oder wurden wenigstens verringert. Die Patienten haben aufser den alkalisch-salinischen Kreuz- und Ferdinandsbrunnen, die ja auch Sulfate enthalten, auch die erdalkalische Rudolfsquelle getrunken.

Verfasser glaubt, dafs die abführende Wirkung auf den Darm diesen zu einer besonderen sonst der Niere zufallenden sekretorischen Tätigkeit anregt und so veranlafst, einen Teil der Nierenarbeit zu übernehmen. *W. Lehmann-Stettin.*

Einflufs der Kriechübungen auf die lordotische Albuminurie, von G. Pechowitsch-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Nach den Erfahrungen P.s beseitigt bzw. vermindert das Klappsche Kriechverfahren die lordotische Albuminurie durch den Ausgleich der Lendenlordose, durch die günstige Veränderung der Zirkulationsverhältnisse in den Nieren und durch die Lageveränderung der Nieren. Das Verfahren ist daher zur Behandlung der lordotischen Albuminurie zu empfehlen.

Götz-München.

Die orthostatische Albuminurie, von Hutinel. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 24.) Die orthostatische Albuminurie ist nach H. nicht auf die schlechte Funktion eines einzelnen Organes oder Apparates, auf Lordose oder dergleichen, sondern auf eine Störung des ganzen Organismus, auf einen Fehler der gesamten Ernährung, einen allgemeinen dystrophischen Zustand zurückzuführen. Es handelt sich zumeist um blasse, sehr nervöse, sehr empfindliche Kinder mit schmalem Thorax und kleinem Kopfe. Milchkuren sind bei dieser Form von Albuminurie nicht angezeigt, die kleinen Patienten brauchen vielmehr eine kräftige, gemischte Kost; aufserdem sollen sie Phosphate oder Arsenik bekommen. Sehr gut wirkt ein Aufenthalt am Meer. *Götz-München.*

Einseitige Chylurie verursacht durch Filaria sanguinis hominis und behandelt mit Salvarsan, von Paul M. Pilcher und James T. Pilcher-Brooklyn. (*Med. Record.* 11. März 1911.) Eine Frau von 35 Jahren begann etwa vier Jahre, nachdem sie die Tropen, in denen sie vorher gelebt, verlassen, milchigen Urin abzuscheiden. In den um Mitternacht entnommenen Blutpräparaten wurden Filariae nachgewiesen. Cystoskopische Untersuchung und Ureterenkatheterisation ergab, daſs der chylöse Urin nur von der linken Seite kam. Salvarsan 0,6 g wurden subcutan injiziert; etwa in der 68. bis 72. Stunde danach wurde auſserordentlich dickchylöser Urin mit Unmassen anscheinend toter Filarien der verschiedensten Gröſse entleert. Seitdem ist der Urin fast klar und Filarien sind zu keiner Zeit weder im Blut noch Urin nachweisbar gewesen. *W. Lehmann-Stettin.*

Über renale Glykosurie, von Leo Pollak-Wien. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* Bd. 64, Heft 5 u. 6.) Kaninchen wurden teils durch Vorbehandlung mit Adrenalininjektionen, teils durch Vergiftung mit Kantharidin in ein Stadium gebracht, in welchem sie auf Glykosurie erregende Gifte (Adrenalin und Diuretin) zwar noch mit deutlicher Hyperglykämie reagieren, aber keinen Zucker mehr durch den Harn ausscheiden. Die Nieren sind dann zuckerdicht geworden. In diesem Zustande kann Vergiftung mit Uranylnitrat noch Glykosurie erzeugen, obwohl durch dieses Gift die Blutzuckerwerte nur wenig oder gar nicht über die Norm gesteigert werden, wobei es sich um eine durch das Uransalz bewirkte spezifische Durchlässigkeitserhöhung der Nieren für Zucker handeln muſs, da dieses Verhalten durch eine Änderung der Diurese nicht erklärt werden kann, welche nach den Adrenalin- und Diuretininjektionen weit gröſser ist als während der Uranwirkung. Wirkt aber das Uran auf die pathologisch veränderte Niere in diesem Sinne, so ist die gleiche Wirkung auch auf normale Nieren höchstwahrscheinlich. „Das Wesentliche der Uranglykosurie ist demnach in der Durchlässigkeitssteigerung der Niere für Blutzucker zu sehen, worauf die früheren Befunde von Glykosurie bei normalem Blutzuckergehalt zu beziehen sind.“ *Gunsett-Straſsburg.*

Die chemische Zusammensetzung und Entstehungsweise von Nierensteinen und der Kalkstoffwechsel bei Gicht und den verwandten Affektionen, von B. Moore-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 1. April 1911.) Verfasser hat genaue chemische Untersuchungen ausgeführt bei 24 operativ entfernten Konkrementen, von denen die meisten aus der Niere stammten, während sieben dem Ureter, eins der Prostata und zwei der Blase entnommen wurden. Es wurde die ganze Masse des Steines verarbeitet und quantitativ analysiert. Während die zwei Blasensteine fast ganz aus Harnsäure bestanden, war diese Verbindung bei allen den anderen Konkrementen nur in geringer Menge (unter 10%) vorhanden. Bei diesen war vielmehr der oxalsaure Kalk der wesentlichste und zuweilen der fast ausschlieſsliche Bestandteil; zwei Drittel aller Steine enthielten mehr als 70% davon. An zweiter Stelle stand das Tricalciumphosphat und an dritter das Calciumurat. Demnach wäre die Harnsäure bei der Entstehung der Nephrolithiasis von geringerer Bedeutung als die Oxalsäure und Phosphorsäure, und vor allen Dingen spielt offenbar das Calcium eine Hauptrolle dabei. Verfasser bezeichnet auch die üblichen diätetischen Vorschriften für solche Patienten, wobei auf eine möglichst purinfreie Kost mit Bevorzugung der (gerade am meisten calciumhaltigen) vegetabilischen Nahrung als durchaus irrationell zu achten ist, und betont die Notwendigkeit einer Steigerung der Oxydationsprozesse im Organismus zur Bekämpfung der entstehenden Ablagerungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

f. *Labien, Vagina usw.*

Beziehungen zwischen Geschlechtsapparat und Harnwegen beim Weibe, von BAZY. (*Bull. méd.* 1911. S. 367.) Verfasser bespricht den Einflufs, den pathologische Veränderungen der weiblichen Geschlechtsteile (Infektion, Neoplasmen, Lageveränderungen) auf den Harnapparat nehmen können. Wenn auch dieser Einflufs in vielen Fällen nicht abzustreiten ist, so darf man ihn doch nicht überschätzen. Wenn die Affektionen nebeneinander hergehen, müssen sie nicht in Zusammenhang stehen, und die Heilung der Krankheit des Geschlechtsapparates involviert nicht die der Harnwege. Oftmals genügt es, die Erkrankung des uropoetischen Apparates zu behandeln, ohne sich um die Erkrankung des Uterus usw. zu kümmern, es sei denn, dafs eine andere Indikation ein Eingreifen erfordert. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Neuere Versuche über die Hefebehandlung des weiblichen Fluors, von OTTO ABRAHAM-Berlin. (*Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* 1910. Heft 1.) Die Hefe wurde entweder im Spekulum mittels Pulverbläser eingeblasen oder das in eine elastische Gelatinekapsel gefüllte Pulver wurde im Spekulum mit einer langen Pinzette vor den Muttermund gelegt und durch einen Wattebausch fixiert. Statt Hefe wurde das unter dem Namen Xerase bekannte Gemisch von Hefe mit Zucker, Bolus und Nährsalzen (Magnesium sulfuricum, Natrium phosphoricum et carbonicum und Kalium carbonicum) verwandt. *Gunsett-Strafsburg.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Tripper und Heirat, von G. M. A. HOLLIDAY-Pittsburg. (*The Therap. Gazette* 15. Jan. 1911.) Nichts Neues. *W. Lehmann-Stettin.*

Serumdiagnose der Blennorrhoe, von W. A. MERKURIEW-Charkow. (*Klin.-ther. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Die Ergebnisse seiner Beobachtungen fafst M. dahin zusammen, dafs man bei Blennorrhoe im Blutserum der betroffenen Individuen Antikörper nachweisen kann; dies spricht für eine Beteiligung des gesamten Organismus an dem Kampfe gegen die eingedrungenen Bakterien und gegen die Annahme einer nur örtlichen Erkrankung. *Schourp-Danzig.*

Die Prophylaxe der Blennorrhoe, von M. F. GATES. (*The Therap. Gazette.* 15. Jan. 1911.) In der Marine der Vereinigten Staaten hat die kompulsatorische Durchführung prophylaktischer Mafsregeln zu ausgezeichneten Resultaten geführt und den Prozentsatz venerischer Erkrankungen aufserordentlich herabgedrückt. Nach Reinigung des Penis mit Seife und heifsem Wasser wird fünf Minuten lang mit Sublimatlösung 1:1000 gewaschen und 1—5 ccm einer 2—3%igen Protargollösung oder 5—10%igen Argyrollösung injiziert und drei bis zehn Minuten lang zurückbehalten; danach wird das Glied mit METSCHNIKOFFS Kalomelsalbe gründlich eingerieben und stundenlang so gelassen. Verfasser betont, dafs die Resultate auffällig geringer waren, wenn die Mannschaft nur unterwiesen und die Durchführung der Mafsnahmen ihnen überlassen wurde. *W. Lehmann-Stettin.*

Beiträge zur modernen Behandlung der Blennorrhoe des Mannes, von SIEGFRIED FRANKL-Wien. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 13.) An Stelle der Tripperspritze, deren schablonenhaften Gebrauch er aus verschiedenen Gründen (u. a. weil dadurch Ekzeme der Eichel entstehen sollen!) verwirft, empfiehlt Verfasser die Anwendung der bekannten Mittel, in einer dickflüssigen Gleitmasse suspendiert, aus einer Tube in die Harnröhre hineingebracht. Diese Tuben sind unter dem Namen Tubogonal im Handel (Firma Dr. H. Melzer - Meiningen); die Vorteile ihrer Anwendung gegenüber der Tripperspritze erscheinen etwas recht reichlich hervorgehoben. Für

die Sondenbehandlung empfiehlt er vorheriges Einbringen der Substanz als Gleitmittel. Für innerliche Anwendung werden Dr. CAROS Buccosperinkapseln in Gelodurathülle empfohlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Behandlung der akuten Blennorrhoe, von W. F. DONALDSON-Pittsburg. (*The Therap. Gazette.* 15. Jan. 1911.) Erfahrungen aus langjähriger eigener Praxis: Verfasser legt wenig Wert auf interne Medikation und betont, dafs es sich empfiehlt, dafs auch die lokale Behandlung vom Arzte selbst möglichst vorgenommen wird, ohne dafs sie besonders forciert zu sein braucht. Auf Diät, Abstinenz und womöglich Bettruhe wird ganz besonders Wert gelegt. *W. Lehmann-Stettin.*

Behandlung der chronischen Urethritis mit Salben, von A. CHARLES. (*Dublin Journ. of med. science.* April 1911.) Empfehlung eines Instrumentes, das einerseits gestattet, Medikamente in Salbenform in die Urethra zu bringen, andererseits selbst als Dilatator wirkt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ein akuter Fall von spontan geheilter Blennorrhoe bei Typhus abdominalis, von Ew. FÜRÉSZ-Miskolcz. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1911. Nr. 1.) Ein Patient litt an Blennorrhoe und verfiel dann in ständig hohes, auch 41,6° C überschreitendes Fieber, das in wenigen Stunden die sehr akute Blennorrhoe heilte bzw. die Gonokokken tötete. Es ist die Frage, ob das hohe Fieber oder die Endotoxine des Typhus in dieser Weise auf die Gonokokken eingewirkt haben. Der 22jährige Lehrer koitierte vor acht Tagen, hatte seit vier Tagen ein brennendes Jucken in der Harnröhre und aufsergewöhnlich starken Ausflufs. Das Orificium externum war dunkelrot, gedunsen; gelblichgrüner Eiter rinnt aus ihm sehr reichlich. Im Eiter sind sehr viele Gonokokken und Eiterzellen. Der zweite Teil des Urins ist rein. Verfasser spült die Harnröhre mit sehr milder Hydrargyrum oxycyanat-Lösung (1 : 5000) aus, gibt Alsol-Injektionen und innerlich Thyresolkapseln. Am nächsten Tage dasselbe. Später sah Verfasser den Patienten nicht mehr. Eine Woche später konstatierte er Typhus bei ihm, die Temperatur ist ständig sehr hoch, über 40° C, aber ohne Harnröhrenausflufs. Sechs Wochen später kam der sehr abgemagerte Patient und brachte das beinahe noch volle Alsolfläschchen wie auch die Thyresolschachtel, zum Beweis, dafs er gegen Blennorrhoe nichts genommen hat. Trotz des seit zehn Stunden zurückgehaltenen Urins konnte aus der Harnröhre kein Sekret geprefst werden. Beide Urinteile waren kristallrein, keine Spur von Eiter und Schleim. Nach einer $^1/_4$%igen Argentum nitricum-Provokations-Instillation enthielt das Sekret nur Epithelzellen und Schleimflocken. Eine Woche später untersuchte ich ihn mit dem Spiegel. Man kann sagen, es war ein ideal geheilter Blennorrhoefall.

Versuche mit Xerase bei Fluor albus und Proctitis blennorrhoica, von R. TOJBIN-Berlin. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 10.) Der Xerase, die aus steriler Dauerhefe und Bolus besteht, kommt nach den mitgeteilten Erfahrungen eine günstige Wirkung auf Proctitis blennorrhoica zu. Auch bei Fluor blennorrhoicus ist günstige Wirkung vorhanden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Ätiologie des Trachoms, von H. HERZOG-Berlin. (Bericht über die 36. Vers. d. Ophthalmol. Ges., Heidelberg 1910.) Der Verfasser fafst seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen:

1. Das pathologisch-anatomische Bild des Trachoms wird in ätiologischer Hinsicht beherrscht von epithelialen und leukocytären Zelleinschlüssen, deren Natur kulturell, klinisch und experimentell als diejenige von Involutionsformen bakterieller Keime — GRAM-negativer Diplokokken — von ihm festgestellt ist.

2. Wenn es auch an sich nicht von der Hand zu weisen ist, dafs gelegentlich auch andere Keime bei der Bildung von Involutionsformen Einschlüsse von der Art der Trachomkörper zu erzeugen imstande sind, so weisen doch alle Statistiken, die auf

bakteriologischem und klinischem Gebiet liegen, insbesondere auch hinsichtlich der Pathogenitätsverhältnisse darauf hin, dafs es bei dem Trachom ausschliefslich oder absolut vorherrschend der Gonococcus NEISSER ist, der hier die Veranlassung zur Bildung der in Rede stehenden Zelleinschlüsse abgibt.

3. In einer Anzahl von frischen Trachomfällen sind neben den Involutionsformen noch die normalen Ausgangsformen in Gestalt GRAM-negativer Diplokokken direkt nachweisbar gewesen. Ihre Anwesenheit ist indessen zur Bildung von Involutionsformen nicht erforderlich, da letztere sich direkt aus bereits vorhandenen Involutionsformen weiter züchten bzw. als solche von anderer Stelle übertragen lassen.

4. Sowohl die abgeschwächten Gonokokken von normalem Habitus wie die in vivo entstandenen Involutionsformen sind kulturell nicht mehr zum Wachstum zu bringen. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Kasuistik der Conjunctivitis blennorrhoica metastatica, von W. RUSCHE-Giefsen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Bei einem Blennorrhoiker trat gleichzeitig mit Gelenkaffektionen eine Conjunctivitis (ohne Gonokokken im Sekret), Iritis ohne Exsudat in der vorderen Augenkammer und Erkrankung der Cornea in Gestalt von punktförmigen und reiserartigen Corneatrübungen auf. Verfasser glaubt, eine gleichzeitig bestehende akute Conjunctivitis ausschliefsen zu können, da weder MORAX-AXENFELDscher Diplobacillus noch KOCH-WEEKscher Bacillus oder Pneumococcus nachweisbar war, sondern er spricht die Erkrankung trotz Fehlens von Gonokokken als Metastase an in Anbetracht des gleichzeitigen Auftretens der Gelenkaffektionen, der sekundären Iritis und der Corneaerkranknng. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall von metastatischer blennorrhoischer Conjunctivitis, von L. D. FRESCOLN-Philadelphia. (*Brit. med. Journ.* 25. März 1911.) Ein 30jähriger Seemann, der in den letzten fünf Jahren vor der Beobachtungszeit wiederholt an spezifischer Urethritis mit Gelenkaffektionen und auch an Augenentzündung gelitten hatte, kam mit den nämlichen Erscheinungen in die Behandlung F.s. Trotz der recht ernsten Symptome erfolgte nach Beseitigung des Urethralprozesses auch Heilung der ophthalmologischen Läsionen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Anatomie und Physiologie der Haut.

Untersuchungen über die Hauttemperatur bei der Ziege und beim Schafe, von KARL KNORPP. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1911.) Zum Referat ungeeignete Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Kenntnis der Hautwärme bei Pferd und Rind, von RICHARD SPOERL. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1911.) Mufs gleichfalls im Original studiert werden. *Fritz Loeb-München.*

Mikroskopische Technik.

Ein paar Bemerkungen über die Zellkerne und die Granula experimenteller Carcinome wie auch über Abstrichpräparate aus diesen Tumoren, von K. A. HEIBERG. (*Biol. Centralbl.* Bd. 30, Nr. 12.) Bei Tumormäusen, die mit gekochtem Fleisch gefüttert waren, schienen die Kerne der Tumorzellen ein wenig gröfser und die Granula des Protoplasmas deutlicher zu sein als bei solchen, die mit Glykose ernährt wurden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Bakteriologie.

Beiträge zur Reinzüchtung der Spirochaeta pallida, von HOFFMANN. (*Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh.* Bd. 68, Heft 1.) Verfasser hat aus seinen Untersuchungen die Überzeugung gewonnen, dafs die Züchtung der Spirochaeta pallida auf festem und flüssigem Nährboden zwar schwierig und mühsam, aber doch möglich ist, und zwar nach den Verfahren, die im wesentlichen von MÜHLENS begründet sind; ferner, dafs das Wachstum in festem Nährboden für die Spirochäten eigentümlich ist und die Erkennung als solche mit Sicherheit gestattet. Es besteht noch das Bedürfnis nach einer Vervollkommnung des Züchtungsverfahrens, die es ermöglicht, die Spirochaeta pallida mit Sicherheit aus jeder syphilitischen Gewebsveränderung oder aus Mischkulturen, rein oder doch nur mit einem bestimmten, vielleicht einem stark sauerstoffbedürftigen Zusatzkeim gemischt, herauszuzüchten. Verfasser hat die Überzeugung, dafs die von ihm und MÜHLENS gezüchteten Spirochäten tatsächlich die Pallida ist. Jedenfalls ist der Nachweis erbracht, dafs die Spirochäten auf künstlichem Nährboden züchtbar sind. *Haas-Hamburg.*

Über die Gewinnung der Reinkulturen von pathogener Spirochaeta pallida und von Spirochaeta pertenuis, von H. NOGUCHI - New York. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 29.) Die von verschiedenen Forschern angestrebte Züchtung der Spirochäten hat N. wenigstens für Passagestämme in folgender Weise bewirkt: Von den UHLENHUTHschen Kaninchen-Passagespirochäten wurde Material unter anaëroben Bedingungen in ein Serumwasser (1 Teil Serum mit 3 Teilen Wasser), dem ziemlich grofse Stücke von frischer Niere oder Hoden von normalen Kaninchen zugesetzt waren, gebracht. Die Tiefe des Serumwassers in einem Rohre, dessen Durchmesser 1,5 cm mifst, mufs etwa 15 cm betragen. Die Serumwassersäule wird mit sterilem, flüssigen Paraffinöl 3 cm hoch überschichtet. Die Röhren, welche dann mit dem pallidahaltigen Material geimpft worden sind, werden nun vom Sauerstoff mittels Durchleiten von Wasserstoff (KIPPscher Apparat) mittels einer sterilen Kapillarpipette befreit. Sodann setzt man die Röhren in einen anaërobischen Apparat, in welchem sich eine starke Pyrogallolsäurelösung befindet. Der ganze Apparat wird geschlossen und nach genügender Ansaugung (Vacuum) wird eine konzentrierte, sauerstoffreie Kalilösung zugesetzt. Hierauf folgt nochmaliges Durchleiten von Wasserstoff und endlich wird der Apparat unter negativem Druck geschlossen und in den Brutschrank gesetzt. Erst nach Ablauf von zwei Wochen darf unterbrochen werden; ein früheres Öffnen des Apparates schädigt das Wachstum der Spirochäten. Verfasser hat nach diesem Verfahren bei sechs Stämmen von Pallida und einem von Pertenuis Erfolge erzielt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Tierversuche über Hautreaktion, von FRIEDRICH LUITHLEN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 20.) Eine Reihe Versuche, besonders an Katzen. Verfasser kommt zu folgenden Schlufssätzen: „Trotz der Verschiedenheit der menschlichen von der tierischen Haut kann man auch in der Dermatologie experimentell am Tiere arbeiten. Die Hautreaktion ist abhängig vom Chemismus des Organismus. Sowohl Säuerung als Zufuhr von oxalsaurem Natrium erhöhen die Reaktionsfähigkeit der Haut, während Kalkanreicherung die entzündlichen exsudativen Vorgänge herabsetzt. Auch verschiedene Ernährung ändert die Empfindlichkeit der Haut gegen äufsere Reize. Die Ursachen all dieser Erscheinungen dürften auf einer Vermehrung der Ausscheidung der Alkalien beruhen; bei der Ernährung dürfte auch die verschiedene Zufuhr von

Kalk eine Rolle spielen. Die Ursache der erhöhten Reaktion liegt in einer Veränderung der Haut, welche bei chronischem Verlaufe zu einer dauernden wird."

W. Lehmann-Stettin.

Über die Resorptionsfähigkeit der tierischen Haut für Eucerin (eine neue Salbengrundlage), von Rudolf Schlenker. (Inaug.-Dissert. Gießen 1911.) Die intakte Haut des Menschen, des Hundes, des Schafes, der Ziege und des Kaninchens ist für Jodkalium in Zusammensetzung mit Eucerin permeabel. Das resorbierte Jodkalium läßt sich durchschnittlich beim Menschen nach drei Stunden, bei den Haustieren nach zwei Stunden im Harn nachweisen. Die Ausscheidung des Jods aus dem Organismus dauert beim Menschen nach Applikation von 10 g der 10%igen Salbe bis 36 Stunden, beim Hund bei 20 g Salbe fünf bis sechs Stunden, beim Schaf bei 30 g bis zu vier bis fünf Stunden, bei der Ziege bei 20 g bis zu sechs Stunden, beim Kaninchen bei 4 g Salbe bis zu zehn Stunden. Der beste Ort für die Einreibung der Jodkalium-Eucerinsalbe ist beim Menschen das Gesäß. Die kleinste Dosis, welche noch eine positive Reaktion abgibt, beträgt für die 10%ige Jodkalium-Eucerinsalbe beim Menschen 2,5 g, beim Hund 10 g, beim Schaf 20 g, bei der Ziege 15 g, beim Kaninchen 1 g. *Fritz Loeb-München.*

Über die Beeinflussung der durch Bakterientoxine hervorgerufenen Hautreaktionen, von Nathan Körber. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1911.) Die von Entz gefundene Analogie zwischen der Impfung mit Alttuberkulin und der mit einer ganzen Anzahl anderer Bakterientoxine konnte vom Verfasser bestätigt werden. Diese Toxine rufen in denselben Fällen auf der Haut Reaktionen hervor wie Alttuberkulin und versagen in denselben Fällen wie Alttuberkulin. Diese Analogien zwingen zu der Annahme, daß die v. Pirquetsche Cutanreaktion nichts anderes als der Ausdruck eines rein örtlichen reaktiven Vorganges der inaktiven Haut gegen das eingeführte Gift ist, ein Vorgang, dem man eine Spezifität im Sinne v. Pirquets nicht zusprechen könne.

Fritz Loeb-München.

Über die Beeinflussung der durch Bakterientoxine hervorgerufenen Hautreaktionen, von F. Rolly-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 24.) Die bekannte Erscheinung, daß bei bestehender Masernkrankheit und anderen Affektionen die cutane Tuberkulinreaktion auch bei tuberkulösen Individuen oft negativ ausfällt, erklärte Verfasser bei früherer Gelegenheit durch lokale Veränderungen in der Haut. Zur Prüfung dieser Ansicht hat er nunmehr eine Reihe von Versuchen ausgeführt, welche als eine entschiedene Bestätigung seiner Auffassung zu bezeichnen sind. Bei einer Reihe von Fällen wurde durch Applikation von Reizmitteln, wie Senfpapier, Jodtinktur, Naphtolsalbe und Canthariden, nachweislich der Eintritt der Cutanreaktion nicht nur für Alttuberkulin, sondern auch für die Impfung mit Pyocyaneustoxin in unverkennbarer Weise erschwert oder gar ganz verhindert. Ferner bringt Verfasser eine Tabelle von Beobachtungen, aus denen hervorgeht, daß fieberhafte Erkrankungen verschiedener Art die Empfänglichkeit für die Impfungen mit sehr vielen Toxinen deutlich herabsetzt. Neben dem Tuberkulin wurden auf diese Weise geprüft: das Toxin von Cholera, Dysenterie, Paratyphus, B. pyocyaneus und vom Typhus. Nicht nur, daß die große Mehrzahl der während des fieberhaften Stadiums ausgeführten Impfungen negativ ausfiel, sondern es wurde auch vielfach konstatiert, daß die bei der Erstimpfung negativ reagierenden Kranken nach der Entfieberung positiv reagierten. Schließlich wird (auch tabellarisch) dargelegt, daß im Verlaufe der Behandlung mit Tuberkulininjektionen die Reaktionsfähigkeit der Haut sowohl für dieses Toxin als auch für die obengenannten Toxine merklich abnahm und gelegentlich auch ganz verschwand. Aus einer anderen Untersuchungsweise schließlich entnimmt R., daß

unter verschiedenen Bedingungen die Haut zu gewissen Zeiten weniger empfindlich, der Organismus im ganzen dagegen zu derselben Zeit sehr stark empfindlich sein kann.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Zusammenhang zwischen Hautorgan und Nebennieren, von Meirowsky-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 19.) Aus den Untersuchungen M.s sowie anderer Autoren geht hervor, daſs das Hautpigment aus der Verbindung einer frischen Grundsubstanz mit einer gefärbten Komponente hervorgeht, und es läſst sich ferner beweisen, daſs diese farblose Vorstufe des Pigments ein Produkt des Zellkernes ist, sowie daſs der Farbstoff durch die Einwirkung eines oxydativen Fermentes auf diese aus dem Kerne stammende Eiweiſssubstanz entsteht. Unter normalen Verhältnissen, im Gegensatz zum Morbus Addisonii, übt nun die Nebenniere einen hemmenden Einfluſs auf die Entstehung des Hautpigmentes aus; dies geschieht, indem durch das Nebennierensekret bestimmte Eiweiſsspaltungsprodukte der Epidermis (Tyrosin und dessen Derivate) weiter verarbeitet werden. Fällt die Nebennierentätigkeit aus irgendeiner Ursache aus, so tritt durch Oxydase eine Umwandlung der in der Epidermis entstehenden Spaltungsprodukte zu Pigment ein, ehe noch bei dem ungenügenden Gefäſssystem der Epidermis eine Abführung derselben in die Blutbahn erfolgen kann. Mit dieser Auffassung des Vorganges stimmt eine bemerkenswerte Beobachtung M.s überein, bei welcher eine intensive Pigmentierung noch fünf Tage nach dem Tode bei einem von der Leiche eines Addison-Kranken abgetrennten Hautpräparate zu konstatieren war, während sonst eine nachträgliche Pigmentbildung in der vom Körper abgelösten Haut bei Leichenmaterial nicht stattfindet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über „ableitende“ Verfahren in moderner Beleuchtung, von Br. Bloch-Basel. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 16.) Verfasser greift auf die Arbeit Brocqs (1904) zurück, der mit Wärme die Lehre vertritt, daſs in gewissen Zuständen chronischer Intoxikation, speziell auf Grundlage arthritischer Diathese, die Anwendung ableitender und revulgierender Mittel indiziert sei, und bringt die moderne Lehre von der Allergie in Zusammenhang mit diesen Anschauungen der alten Medizin.

Veranlassung zu seinen Betrachtungen gab ihm ein Fall, wo eine oberflächliche Trichophytie in eine tiefe Form überging. Die Cutanreaktion mit Trichophytin fiel negativ aus. Der in diesem Falle reingezüchtete Erreger war Trichophyton rosaceum, dem offenbar die Fähigkeit zu allergisieren abgeht. Durch Einimpfen von Achorion Quinckeanum gelang es nun, sehr starke Allergie auszulösen; die Cutireaktion wurde positiv und es trat Rückbildung des Krankheitsherdes und Heilung ein.
Arthur Schucht-Danzig.

Über den Wert der Indikanbestimmung bei Hautkrankheiten, von Bernhard Cubigsteltig. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1911.) Bei verschiedenen Hautkrankheiten bestehen vielfach gleichzeitige innere Störungen; die Indikanreaktion hat bei diesen Erkrankungen nicht diejenige wichtige Bedeutung, welche ihr vielfach beigemessen wird, 1. weil diese Reaktion nicht im eigentlichen Sinne als Maſsstab gelten kann für innere Störungen, namentlich nicht einer vermehrten Darmfäulnis; 2. weil die Indikanausscheidung bei den Hauterkrankungen, wie Ekzem, Urticaria, Akne, Psoriasis, Ichthyosis, Pemphigus, Pruritus, nicht wesentlich erhöht ist im Vergleich zu den anderen allgemeinen Hauterkrankungen, so daſs daraus diagnostisch oder therapeutisch ein wichtiger Schluſs nicht gezogen werden kann. *Fritz Loeb-München.*

Vegetierende Hautkrankheiten und ein Fall von Herpes mucosae oris vegetans, von Ernst Pfuhl. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1910.) Verfasser gibt nach einer kurzen Einleitung zunächst eine literarische Übersicht über diejenigen Erkrankungen der Haut, die auf der Basis von Bläschen und Pusteln zu Vegetationen führen können. Zunächst nennt er hier den P e m p h i g u s (vegetans) chronicus. Ein

zweites Beispiel für die Möglichkeit von papillösen Wucherungen auf der Basis von Blasen und Pusteln ist die Impetigo herpetiformis. Wie bei dem Pemphigus Wucherungen im Anschlufs an Blasen auftreten, so sind solche auch bei einer verwandten Krankheit, der Dermatitis herpetiformis DUHRING beobachtet worden. Eine weitere Krankheit, bei der es zu Vegetationen kommen kann, ist die Dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progression excentrique (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 45—72) oder Pyodermite végétante (*Monatshefte f. prakt. Derm.*, Bd. 27 (1898), S. 85, von HALLOPEAU. Hierher gehört ferner die Dermatitis vegetans. Des weiteren die von HUBER (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 49; *Derm. Ctbl.*, 3, I) bei einem 17jährigen Mädchen, das seit vier Jahren an einem Ekzem litt, beobachtete. Im Anschlufs an Impetigo contagiosa sah HERXHEIMER (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 38) Wucherungen auftreten, über die er ausführlich berichtete. Weiterhin ist die Sykosis vegetans anzuführen. Ein Erythema bullosum vegetans wurde zuerst von NEUMANN beschrieben (UNNA: Histopathologie der Hautkrankheiten). Zu den gelegentlich vegetierenden Hautkrankheiten gehören ferner die Varicellen. Auch der Einflufs von Arzneimitteln vermag aufser den bekannten Exanthemformen besonders bei gewissen Körpern zur Eruption von papulösen Wucherungen, die aus Bläschen und Pusteln ihre Entstehung nehmen können, zu führen (Jod, Bromoform). Schliefslich erinnert Verfasser an die Wucherungen, die das Trichophyton tonsurans hervorzurufen imstande ist. Der Grund, warum sich bei gewissen pustulösen und vesikulösen Hautaffektionen schliefslich eine papilläre Wucherung entwickelt, ist unbekannt. Interessant ist die Beobachtung von PHILIPPSON (WIEGMANN: *Wien. med. Wochenschr.*, 1903. Nr. 43), der nach zufälliger Verbrennung der Haut mit Höllensteinlösung Vegetationen entstehen sah, die den spontan entstandenen völlig ähnlich waren.

Im zweiten Teil seiner Arbeit gibt der Verfasser einen Literaturüberblick über die Fälle von Herpes zoster und Herpes vegetans. Unter Erkrankungen der Haut, deren Effloreszenzen aus Bläschen bestehen, ist eine im Verlauf der Krankheit sich entwickelnde, papillomatöse Wucherung mit Wahrscheinlichkeit noch niemals beim Herpes zoster beschrieben worden, soweit er die Segmente des Stammes und der Extremitäten betrifft. Ein Fall, der allerdings nicht als Zoster, sondern als Papilloma neuroticozosteriforme bilaterale beschrieben worden ist, aber vielleicht ein solcher sein könnte, ist der von AMICI (*Festschr. f. Neumann, Beitr. z. Derm.*, 1900, S. 7). In diesem Falle scheint nach der Meinung von VÖRNER (*Münch. med. Wochenschr.*, 1904, Nr. 39) kein vesikulöses Vorstadium bestanden zu haben, sondern die Effloreszenzen haben sich direkt entwickelt. Man könne den Fall vielleicht als primären Zoster vegetans bilateralis auffassen. Dagegen finden sich, wenn auch nur selten, Berichte über Herpes mucosae vegetans. Einen Fall, der als Herpes vegetans der Vulvarschleimhaut bezeichnet wird, beschreibt BATAILLE (*Annal. de derm.* usw., 1902, Bd. III, S. 289). Einen Fall von Herpes mucosae oris vegetans bringt zum ersten Mal VÖRNER (*Münch. med. Wochenschr.*, 1904, Nr. 39). Diesem analog ist ein Fall von SCHÄFER (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1907, Bd. 85, S. 2). Einen dem VÖRNERschen Fall aufserordentlich ähnlichen beschreibt zum Schlufs der Verfasser. 18jähriger Mann. Bei der Untersuchung im Mundwinkel der linken Seite eine Anzahl Bläschen, etwa stecknadelkopfgrofs, gleichweit von einander entfernt. Sie nahmen das Lippenrot des Mundwinkels ein und griffen nur wenig auf die äufsere Haut über. Auf der Wangenschleimhaut derselben Seite befand sich eine Anzahl von mit Eiter bedeckten, stecknadelkopf- bis linsengrofsen, teils rundlichen, teils bogenförmig begrenzten, vertieften Stellen von sehr scharfer Begrenzung, starker Rötung der Umgebung, die auf Druck zurückging. Derartige Veränderungen bestanden auch

an der Umschlagfalte der Schleimhaut des Oberkieferalveolarfortsatzes. Eine weitere Gruppe, pfennigstückgroſs, war auf der Schleimhaut des harten Gaumens sichtbar, ohne die Mittellinie zu überschreiten. Heftige Schmerzhaftigkeit der erkrankten Stellen. Ausspülungen mit Myrrhentinktur. Nach acht Tagen zeigten sich an Stelle der obigen Veränderungen erhabene, höckerige, warzenartige Knötchen, teils fleisch-, teils miſsfarbig. Für Lues kein Anhaltspunkt. Patient verschwand dann aus der Beobachtung. *Fritz Loeb-München.*

Hautkrankheiten — einiges über Fälle, wie sie in der allgemeinen Praxis uns begegnen, von J. W. MILLER - Cincinnati. (*Therap. Gazette.* 15. April 1911.) Nichts Neues. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Viskosität des Blutes bei fieberhaften Ausschlägen. Einfluſs der Leukocyten auf die Viskosität des Blutes, von G. MARAÑON und J. M. SACRISTÁN-Madrid. (*Rev. clin. de Madrid.* 1911. Nr. 8.) Bei der Variola ist die mittlere Zahl der Blutviskosität ähnlich der normalen. Im allgemeinen zeigt eine Viskosität über 5,4 eine gute Prognose an, während die Zahlen unter 5,2 den komplizierten und schwereren Fällen eigen sind. Sie ist am gröſsten während der Bläschenbildung, am geringsten während der Periode der Eiterung. Von der Zahl der Leukocyten ist sie unabhängig, ebenso bei akuten Prozessen von der Temperatur des Kranken. Bei Masern und Typhus exanthematicus sind die Verhältnisse ähnlich. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Chemismus der Zelle, von HANS MEIER und FR. BERING - Kiel. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XVII, Nr. 1.) Eine Reihe Versuche über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die verschiedenen Elemente der Zelle, insonderheit auf die Fermente: die Versuche ergaben, daſs eine mehrstündige intensive Röntgenbestrahlung eine geringe Abschwächung der Fermentwirkung zur Folge hat, doch ist diese Wirkung weit geringer als z. B. die Einwirkung ultravioletter Strahlen.

Weitere Untersuchungen über die Einwirkung der Strahlen auf die Autolyse zeigten, daſs durch eine intensive Bestrahlung eine geringe Beeinflussung der Autolyse im Sinne einer Beschleunigung möglich ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Experimentelle Untersuchungen zur kausalen Genese atypischer Epithelwucherungen, von L. WACKER und A. SCHMINCKE-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 30 und 31.) Folgende zwei Fragen haben Verfasser durch eine gröſsere Reihe von exakten Untersuchungen zu lösen gesucht: 1. Gibt es besondere Stoffe, welche das Epithel überhaupt und unter allen Umständen zu einem Wachstum anregen? 2. Haben die experimentell erzeugten Epithelwucherungen mit denen des Carcinoms irgendwelche Wesensgemeinschaft, und ist von der Erforschung derselben eine Erweiterung unserer Kenntnisse über das Wesen des Carcinoms zu erwarten? Als Versuchsobjekt diente das Kaninchenohr. Die Zahl der untersuchten Substanzen umfaſst 49 Nummern; auſserdem wurde die Wirkung von traumatischen Insulten in gleicher Weise erprobt. An den beigegebenen (sieben) Mikrophotogrammen ist der Effekt von einigen der wirksamsten Agentien veranschaulicht. Zu diesen Substanzen gehören: Rohparaffinöl und Ölsäure in Kaninchenfett resp. in Schweinefett, Schweinefett ohne weiteren Zusatz, Tabaksteer in Schweinefett und Destillat von Hargreavesschlamm in Olivenöl. Dieser Schlamm ist ein bei der nach dem Hargreavesverfahren ausgeführten Fabrikation von Salzsäure entstehendes Residuum, welches als Ursache von Dermatitiden bei den damit beschäftigten Arbeitern beschuldigt wird. Bei der Injektion von Fetten war zu konstatieren, daſs dabei die Konsistenz und in gleicher Weise der Grad des Ranzigseins eine wesentliche Rolle spielten. Im allgemeinen konstatieren Verfasser, daſs ihre Untersuchungen deutlich erkennen lassen, daſs durch

chemische resp. chemisch-physikalische Agentien das Epithel zu abnormen Wucherungen, welche mit malignen Geschwulstbildungen die gröfste Ähnlichkeit haben, angeregt werden kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zum Thema: Erzeugung atypischer Epithelwucherungen, von Walther Benthin. (*Zeitschr. f. Krebsforschung.* Bd. 10, Heft 2.) In Nachprüfung der zuerst von Fischer erhobenen Befunde hat B. jungen Kaninchen verschiedene Stoffe, besonders aber Scharlach R und Sudan III unter die Haut des Ohres injiziert und die entstandenen Quaddeln nach verschiedenen Zeiträumen exzidiert und histologisch untersucht. Zuerst tritt Hyperämie, Ödem und ein subepitheliales zelliges Infiltrat auf. Etwa am neunten Tage beginnt eine Wucherung des Plattenepithels, zuerst an der Keimschicht der Haarbälge an der Einmündung der Talgdrüsen. Rasch folgt Verdickung und intensive Wucherung des Epithels sowie gesteigerte Verhornung der innersten Zellagen. Erst spät beteiligt sich das Oberflächenepithel. Nach etwa sechs Wochen nehmen die Wucherungsvorgänge langsam ab und und es resultiert schliefslich eine derbe Narbe. B. glaubt, dafs verschiedene ursächliche Momente in Betracht kommen, dafs aber sicher auch eine spezifische Fähigkeit der Farbstoffe, wucherungsanregend zu wirken, vorhanden sei, wofür auch die keloidähnlichen Exzisionsnarben sprechen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Künstliche Riesenzellengranulome, von Willy Denton-Charleroi. (*Zeitschr. f. Krebsforschung.* Bd. 10, Heft 2.) Verfasser hat die Befunde von Podwyssotzky betreffend die Entstehung von Geschwülsten nach Einspritzung von Kieselgur nachgeprüft. Er kommt zu dem Schlusse, dafs die entstehenden Neubildungen echte Fremdkörpergranulome und keine Geschwülste sind. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über die Behandlung der akuten Infektionskrankheiten mit Salvarsan, von Franz Lucksch-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 20.) In einer Reihe experimenteller Versuche am Kaninchen liefs sich dartun, dafs bei Streptokokkeninfektionen die intravenöse Behandlung mit Salvarsan die tödliche Infektion entweder ganz aufhebt, oder wenigstens den Tod der Versuchstiere um ein Bedeutendes verzögert. Diese Befunde ergeben sich mit Streptokokken verschiedenster Provenienz. Ein ähnliches Verhalten liefs sich bei Staphylokokkenversuchen konstatieren, trotzdem in vitro die Staphylokokken nicht abgetötet, sondern nur in ihrem Wachstum gehemmt worden waren. Dagegen liefsen sich Tiere, die mit Diplococcus lanceolatus tödlich infiziert waren, nicht am Leben erhalten. Daraufhin wurden an der chirurgischen Klinik in Prag einige Fälle von eitriger Phlegmone mit sehr gutem Erfolge behandelt. *W. Lehmann-Stettin.*

Beitrag zur Kenntnis der Behandlung der Dermatosen mittels des Radiums, von Alfred Gras. (*Thèse de Paris.* 1910. Nr. 139.)

Ekzem und pruriginöse Dermatosen. Ihre Behandlung mittels des Radiums, von Tanzi. (*Thèse de Paris.* 1909.)

Die Radiumbehandlung der Naevi und Keloide, von Jonquières. (*Thèse de Paris.* 1908.) *Fritz Loeb-München.*

Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen, von J. R. Riddell-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1911.) Verfasser hat mit den Röntgenstrahlen bei verschiedenen Dermatosen in ähnlicher Weise wie andere Forscher günstige Resultate erzielt, so bei Ulcus rodens, Keloiden, Psoriasis, Alopecia areata, behaarten und pigmentierten Mälern und ferner bei Hyperidrosis und einigen anderen Affektionen. Zur Abmessung der verabreichten Dosis findet er es am zweckmäfsigsten, für die

Praxis im allgemeinen die Röhrenleitung mit einem Milliampèremeter zu verbinden nebst einem Zähler für den Stromunterbrecher; nach Feststellung der Anzahl der Unterbrechungen, welche einer Wirkung von 1 H entsprechen und unter Verwendung der SABOURAUDschen Pastillen ist es ihm gelungen, die Dosierung der Strahlen mit recht befriedigender Genauigkeit und Zuverlässigkeit zu messen. Im allgemeinen entspricht die hier dargelegte Technik der auch sonst gröfstenteils gebräuchlichen Praxis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung von Hautkrankheiten mit festem Kohlensäureschnee, von PISKO†. (*New York med. Wochenschr.* Bd. 31, Nr. 11.) Verfasser beschreibt die Gewinnung des Schnees und Methode der Anwendung. Letztere ist hauptsächlich Erfahrungssache. In Betracht kommen von Hautkrankheiten nur ziemlich scharf abgesetzte Herde, insbesondere Naevus angio cavernosus, Tuberculosis cutis verrucosa, Lupus erythematosus, Verruca, Keloid, Epithelioma. *Haas-Hamburg.*

Die Wirkung fester Kohlensäure, von E. R. MORTON-London. (*Lancet.* 7. Mai 1910.) Seit der Mitte des Jahres 1909 hat Verfasser den Kohlensäureschnee nach dem Vorgang von PUSEY-Chicago und GEYSER-New York therapeutisch verwendet und ist von den damit erzielten Resultaten hochbefriedigt. Sein Beobachtungsmaterial umfafste 208 Naevi verschiedener Art, 7 Fälle von Lupus vulgaris und mehrere Pigmentmale und gewöhnliche Warzen. Unter den Naevusfällen waren fünf Patienten mit ausgedehntem Feuermal. Für solche Fälle ist die Verwendung eines Tubus von hexagonalem Querschnitt bei der Herstellung des Schneestiftes zu empfehlen, um keine Lücken am bearbeiteten Gebiet zu hinterlassen. Auch mufs die ganze Läsion in allen Teilen mindestens zweimal und wohl auch dreimal dem Gefrieren unterzogen werden. Die Lupusfälle scheinen günstig beeinflufst zu sein, doch ist eine sichere Beurteilung wegen der Kürze der seitdem verflossenen Zeit noch nicht möglich. Für diese Fälle soll bei möglichst starkem Aufdrücken die Applikationsdauer mindestens 40 Sekunden betragen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Mortalität an Geschlechtskrankheiten, von HUGH und BROWN-Washington. (*New York med. Journ.* 17. Juni 1911.) Nach der Statistik vom Jahre 1909 über die Todesfälle in den Hauptstaaten der Vereinigten Staaten, eine Bevölkerungszahl von etwa 51800000 umfassend, betrug die Zahl der direkt durch die Geschlechtskrankheiten verursachten Todesfälle nur etwa 3000, das sind $^4/_{10}$ % aller registrierten Todesfälle, während an Tuberkulose 81720, allen Formen von Pneumonie 70000, Herzkrankheiten 65000 usw. starben. Auffallend grofs aber ist die Beteiligung an obiger Zahl von 3000 die der Kinder unter einem Jahr, nämlich 1582, so dafs dieselben 1,1 % aller unter einem Jahr Gestorbenen (gleich 139441) ausmachten. Vom 20. bis 40. Lebensjahre ist dann wieder ein prozentuales Ansteigen der durch Geschlechtskrankheiten verursachten Sterbefälle zu bemerken. Verfasser hofft von der Wirkung des Salvarsans, dafs diese hohe Ziffer der Kindersterblichkeit, worin sich in erschreckender Weise die Sünden der Eltern offenbaren, in einigen Jahren abnehmen wird, wenn auch andererseits unter den Negern die Syphilis in hohem Mafse zunimmt. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

1. Fig.

Merian.

Verlag von Leopold Voss, Leipzig und Hamburg.

...ntshefte für pr...

Fig. 2.

...ag von Leopold V...

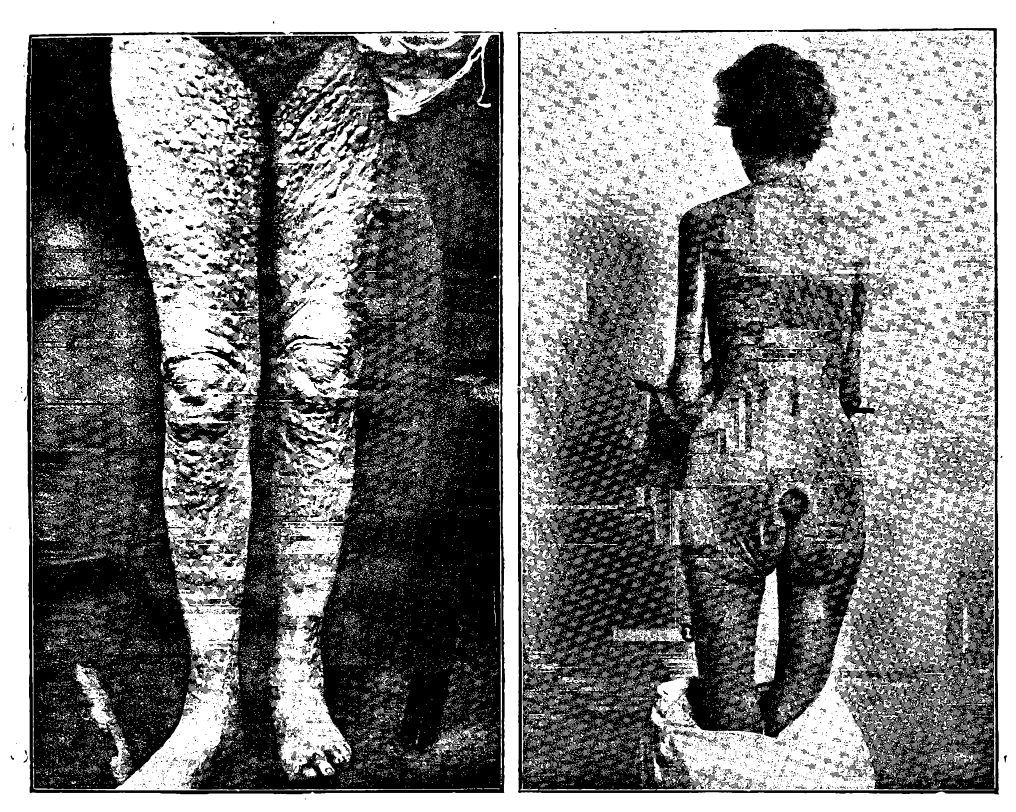


Fig. 2. Fig. 3.

Merian.

Verlag von Leopold Voss, Leipzig und Hamburg.

Monatsh

Band 53.

A

(Abteilun

praktische und

verschiedenar

anamnes

Klinisc

Bubo dolens

Ulcus carcin

Ulcera mollia

Gesunder Sy

Milztumor, A

Blasenmastd

Ulcus cruris

Malaria.....

Arteriosklero

Desmetritis

Polyneuritis

Normalserur

Abducenslähi

Psoriasis...

Ulcera cruri

Arterioskler

Gesunder S

Orchitis chr

Apoplexien

Iritis.....

Angina....

Monatshefte.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. | № 7. | 1. Oktober 1911.

Aus dem staatlich Hygienischen Institut zu Hamburg.
Direktor: Prof. Dr. DUNBAR.
(Abteilung für experimentelle Therapie und Immunitätsforschung.)

Praktische und theoretische Erfahrungen mit der WASSERMANNschen Reaktion.

Von

Dr. med. FR. GRAETZ.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Gruppe 3.

Verschiedenartige Erkrankungen. Lues weder klinisch noch anamnestisch nachweisbar. (Normale Kontrollsera.)

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Inakt. Serum 0,1 ccm				Frisches Serum 0,1 ccm			
		Fallende Extraktmenge				Fallende Extraktmenge			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
107	Bubo dolens	0	0	0	0	0	0	0	0
109	Ulcus carcinomat. der Haut	0	0	0	0	0	0	0	0
110	Ulcera mollia, keine Spirochäten	0	0	0	0	0	0	0	0
111	Gesunder Syphilophobe	0	0	0	0	0	0	0	0
113	Milztumor, Ascitis	0	0	0	0	0	0	0	0
120	Blasenmastdarmlähmungen	0	0	0	0	0	0	0	0
128	Ulcus cruris	0	0	0	0	0	0	0	0
371	Malaria	+++	+++	+++	+0	+++	+++	+++	+0
390	Arteriosklerose	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Desametritis	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Polyneuritis	0	0	0	0	0	0	0	0
294	Normalserum	0	0	0	0	0	0	0	0
312	Abducenslähmung	0	0	0	0	0	0	0	0
326	Psoriasis	0	0	0	0	0	0	0	0
343	Ulcera cruris	0	0	0	0	0	0	0	0
345	Arteriosklerose	0	0	0	0	0	0	0	0
346	Gesunder Syphilophobe	0	0	0	0	0	0	0	0
360	Orchitis chronica	0	0	0	0	0	0	0	0
376	Apoplexien	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Iritis	0	0	0	0	0	0	0	0
46	Angina	0	0	0	0	0	0	0	0

Gruppe 4.

Patienten mit zweifelhafter Anamnese und klinischen Befunden. Luesverdacht.

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Inakt. Serum 0,1 ccm				Frisches Serum 0,1 ccm			
		Fallende Extraktmenge				Fallende Extraktmenge			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
302	Dub. Drüsenschwellung. Infektion zweifelhaft	0	0	0	0	0	0	0	0
358	Sarkom oder Gumma. Dub. Geschwür am Bein	0	0	0	0	0	0	0	0
362	Infektion negiert. Tabes?	+++	+++	+++	+0	+++	+++	+++	+0
365	Infektion negiert. Lues spinalis oder Tumor	0	0	0	0	0	0	0	0
367	Luesinfektion nicht nachweisbar. Malaria	+++	++0	+0	0	+0	0	0	0
368	Herzleiden. Infektion zweifelhaft	+++	+++	+0	0	+++	+++	+++	++0
372	Drüsenschwellungen. Infektion zweifelhaft. Virgo	0	0	0	0	0	0	0	0
374	Neuritis. Infektion nichts bekannt	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
384	Orchitis. Infektion unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0
395	Ekzem und Drüsen. Patientin pflegt luetische Kinder	+++	+++	+0	0	+++	+++	+++	+0
396	Gumma des Humerus. Infektion zweifelhaft	0	0	0	0	0	0	0	0
416	Ulcera mollia? Bubonen	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Iritis. Keine luetischen Symptome. Infektion negiert	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Defekte an der Tubia und Wucherungen. Infektion zweifelhaft	0	0	0	0	+++	++0	0	0
22	1903 Ulcus molle? Infektion unsicher	0	0	0	0	0	0	0	0
23	März 1910. Lues dub.	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
24	Früher dub. Ulcus. Frau positiver Wassermann	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Dub. Ulcus. Leistendrüsen. Sonst keine luetischen Symptome	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Anämie. Infektion?	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Alte Narben. Lues cong.?	0	0	0	0	0	0	0	0
56	Eitrige Bubonen. Keine Lues	0	0	0	0	0	0	0	0
60	Ulcus dub. Keine Spirochäten	0	0	0	0	0	0	0	0
62	Ulcera cruris. Lues aut Tbc.? (Nach Salvarsan Heilung)	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
63	Keratitis parenchymatosa luetica?	0	0	0	0	0	0	0	0

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Inakt. Serum 0,1 ccm				Frisches Serum 0,1 ccm			
		Fallende Extraktmenge				Fallende Extraktmenge			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
67	Nekrose des Oberkiefers......	0	0	0	0	0	0	0	0
68	Ulcera dub., zurzeit Herpes...	+++	+++	++0	0	+++	++0	0	0
70	Chronische Heiserkeit........	0	0	0	0	0	0	0	0
75	Gumma musculi recti. Infektion negiert..................	++0	++0	+0	0	+++	+++	+++	+++
79	Lues? (Frau Primäraffekt)...	0	0	0	0	0	0	0	0
80	Bubo dolens. Periostitis tibiae luet.....................	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
84	Luesverdacht wegen Lues der Frau....................	0	0	0	0	0	0	0	0
97	Kniegelenkentzündung. Vor zehn Jahren zweifelhafte Infektion..................	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
98	Tabes incip. Infektion unbekannt	++0	++0	+0	0	+0	0	0	0
122	Vor fünf Jahren Ulcus dub. Keine Symptome..........	0	0	0	0	0	0	0	0
125	Pachymeningitis. (Klinisch als Lues erkannt)............	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
127	1904 Ulcus dub. Lues nicht ausgeschlossen............	+++	+++	++0	0	+++	+0	0	0

Die vorstehende Tabelle (Gruppe 3) bedarf einer weiteren Erörterung kaum, da aus ihr mit Eindeutigkeit hervorgeht, daſs das Serum von Patienten mit luesfreier Anamnese durchaus übereinstimmende Resultate ergab, ganz gleichgültig, ob bei Anstellung der Reaktion frisches oder inaktiviertes Serum verwendet wurde. Ich lasse dann die letzte Gruppe von Fällen folgen.

Auch in der zuletzt aufgeführten Gruppe 4 von 36 Fällen findet sich nur eine positive Reaktion bei Verwendung aktiven Serums bei gleichzeitig negativem Ausfall der mit inaktivem Serum angestellten Reaktion. Wie eine gleichzeitig vorgenommene Untersuchung dieses Serums zeigte, lieſs sich mit der doppelten sonst verwendeten Dosis auch in diesem Fall mit inaktiviertem Serum eine einwandfreie positive Diagnose stellen, welche auch durch den weiteren klinischen Verlauf dieses Falles, bei welchem bald darauf Symptome einer unzweifelhaften Lues auftraten, erhärtet werden konnte. Bei den übrigen Fällen konnte jedoch eine prinzipielle Differenz im Ausfall der Reaktion, je nachdem dieselbe mit frischem oder inaktivem Serum angestellt wurde, nicht beobachtet werden, während sich die an anderer Stelle betonten, indessen keineswegs gesetzmäſsigen Schwankungen in der Reaktionsbreite verschiedener Sera auch hier geltend machten.

Wenn ich demnach meine soeben ausführlich mitgeteilten 156 Fälle noch einmal zusammenfasse, so kann ich mich zu dem ablehnenden Standpunkt von Boas keineswegs bekennen. 146 dieser Fälle wiesen ein durchaus übereinstimmendes, wenn auch graduell vielfach verschiedenes Verhalten auf. Eine Zunahme der Reaktionsstärke zugunsten des aktiven Serums war dabei keineswegs in allen Fällen festzustellen. Namentlich enthalten meine Fälle auch keine Bestätigung der von Sachs und Altmann gemachten Beobachtung, dafs auch nichtsyphilitische Sera bei den üblichen Dosen eine positive Reaktion ergaben. Die von Boas gemachte Angabe, dafs er bei nichtsyphilitischen Personen mit aktiven Seren häufig eine positive Reaktion festzustellen vermochte, findet bei den von mir geprüften Fällen ebenfalls keine Bestätigung. Eine augenscheinliche Differenz im Ausfall der Reaktion, je nach Verwendung aktiven oder inaktiven Serums, konnte überhaupt nur in 10 Fällen festgestellt werden, bei denen jedoch durchweg klinisch und anamnestisch eine kürzere oder längere Zeit zurückliegende syphilitische Infektion nachzuweisen war. Handelte es sich bei einem Teil dieser Fälle um ein frühzeitigeres Auftreten der Reaktionskörper im frischen Serum, mehrfach als Vorboten eines in Entwicklung begriffenen Rezidivs, so konnte die positive Reaktion des aktiven Serums bei dem Rest der Fälle als der Ausdruck des verzögerten Schwindens der Reaktionskörper im Verlauf der Behandlung gelten. In beiden Gruppen von Fällen war demnach lediglich eine graduelle und quantitative Differenz der Hemmungskörper vorhanden, welche für das inaktivierte Serum ihren Grund in der Zerstörung eines Teils der Hemmungskörper durch den Inaktivierungsprozefs besafs. Die mehrfach beobachtete positive Reaktion des inaktiven Serums bei gleichzeitiger negativer Reaktion des aktiven, dürfte dagegen ihren Grund in einem Überschufs von Ambozeptoren und Komplementen im letzteren Fall haben. Wenn ich mich also auf Grund meiner Versuchsergebnisse über die Bewertung der positiven Reaktion bei aktivem und inaktivem Serum auslassen soll, so vermag ich weder der einen noch der anderen Methode den unbedingten Vorzug zu geben. In Übereinstimmung mit Wassermann und Meier möchte ich vielmehr empfehlen, die Reaktion nach Möglichkeit gleichzeitig mit aktivem und inaktivem Serum unter Wahrung der sonst üblichen Technik und Verwendung der halben Serummenge vorzunehmen. Die Möglichkeit von Fehlerquellen ist bei beiden Methoden gegeben, vielfach wird uns jedoch gerade die Verwendung aktiven Serums einen Fingerzeig geben, ob wir es gegebenen Falles mit einem Patienten zu tun haben, der trotz fehlender Symptome und trotz negativer Reaktion des inaktiven Serums, als zu irgendeiner Zeit syphilitisch infiziert gelten mufs.

Die conditio sine qua non der ganzen Wassermannschen Reaktion bildet, wie ich schon an früherer Stelle einmal ausgeführt habe, die Be-

schaffung eines einwandfreien Antigens, dessen absolute Brauchbarkeit fast ausschliefslich für eine exakte und einwandsfreie Diagnosenstellung garantiert. In dieser Hinsicht hat sich die ziemlich allgemeine Einführung alkoholischer Extrakte in die Technik der WASSERMANNschen Reaktion als von grofsem Vorteil erwiesen. Zweifellos stellen aber auch die alkoholischen Extrakte in ihrer jetzigen Form bei allen Vorzügen noch keineswegs das Ideal dar, und die mehrfach in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über die mannigfachen Schwankungen in der Wirksamkeit und Spezifität alkoholischer Extrakte beweisen zur Genüge, dafs wir von dem erstrebenswerten Ziele noch weit entfernt sind. Zu diesen in der Natur des Extraktes selbst gelegenen Nachteilen kommt noch die Tatsache hinzu, dafs bei der allgemeinen Verbreitung, welche die WASSERMANNsche Reaktion gefunden hat, die Beschaffung syphilitischen Organmaterials, welches nach allgemeinem Urteil doch immer noch als das beste Extraktsubstrat gelten mufs, vielfach sehr erschwert, mitunter sogar unmöglich ist, weil Angebot und Nachfrage bei diesem Material sich keineswegs entsprechen. Diese Kalamität, von der vielleicht nur relativ wenige Institute frei sind, — durch den fabrikmäfsigen Vertrieb spezifischer Organextrakte ist angesichts der hohen Preise, welche für derartige Extrakte gefordert werden, eine Behebung dieser Kalamität auch nur in sehr beschränkten Grenzen zu erwarten, — führte dazu, nach einem geeigneten Ersatz für das schwer zu beschaffende Luesmaterial zu suchen. Dafs die Verwendung verschiedener Organsubstanzen notwendigerweise eine in weiten Grenzen schwankende Wirksamkeit der verschiedenen Extrakte zur Folge haben mufste, versteht sich von selbst, und es ergibt sich daraus weiterhin die bedauerliche Konsequenz, dafs ein Vergleich der von den einzelnen Untersuchern gewonnenen Resultate nur äufserst schwer durchführbar, wenn überhaupt möglich ist. Zwar ist von seiten der verschiedensten Autoren versucht worden, durch gleichzeitige Extraktion mehrerer Organe eine Polyvalenz der Extrakte zu erzielen und damit die individuellen Eigenschaften des Einzelorgans auszuschalten, und es ist dadurch auch gelungen, eine gewisse Gesetzmäfsigkeit der Organextrakte zu erreichen. Aber ganz abgesehen davon, dafs es unter Umständen nur schwer möglich sein würde, die entsprechende Zahl brauchbarer Organe, soweit es sich wenigstens um luetisches Material handelt, zu erhalten, haftet auch diesem Verfahren der Mangel einer gewissen Konstanz an, und es läfst sich auch bei Verwendung mehrerer Organe eine absolute Gleichmäfsigkeit der alkoholischen Extrakte nicht garantieren. Ich selbst habe in mehrfachen Versuchen die Erfahrung gemacht, dafs es selbst bei gleicher Extraktionsart und bei Verwendung durchaus des gleichen Ausgangsmaterials — sorgfältig gemischtes Pulver aus mehreren im Vakuum getrockneten luetischen Fötallebern — nicht immer gelingt, ein durchaus gleichwertiges Extrakt

zu erhalten. Es ist dies ein Mangel, welcher unbestreitbar der Verwendung von Organextrakten anhaftet und sich m. E. mit absoluter Sicherheit wohl nur durch die Verwendung eines Antigens würde ausschalten lassen, welches nach einheitlichen Grundsätzen und aus chemisch definierten Materialien hergestellt werden könnte.

Von diesem Gesichtspunkte aus mufs es unzweifelhaft als ein erheblicher Schritt nach vorwärts angesehen werden, dafs es SACHS und RONDONI gelungen ist, die Organextrakte mit gutem Erfolge durch Gemische chemisch wohl definierter Substanzen, die stets eine gleichmäfsige Herstellung und was noch mehr bedeutet, eine wenigstens annähernd gleichmäfsige Dosierung gestatten, zu ersetzen. Der Mangel an luetischem Organmaterial, der sich mir im Anfang meiner Studien zuweilen recht unangenehm bemerkbar machte, veranlafste mich schon vor langer Zeit, mich mit dem Studium dieser von SACHS und RONDONI angegebenen künstlichen Gemische, die in der Literatur merkwürdigerweise nur eine recht geringe Würdigung erfahren haben, zu befassen. Die Herstellung der künstlichen Gemische ist einfach und wie auch schon von anderer Seite betont wurde, bei peinlicher Befolgung der Vorschrift, welche übrigens die conditio sine qua non für die Brauchbarkeit der Gemische darstellt, keineswegs zeitraubend. Hinsichtlich der Herstellungsart darf ich wohl auf die Originalarbeit verweisen und mich damit begnügen, ihre Zusammensetzung anzugeben.

Die Zusammensetzung ist folgende:

	Künstl. Gemisch A	Künstl. Gemisch B
Oleinsaures Natrium (KAHLBAUM)	2,5	1,0
Lecithin, Ovo. (MERCK)	2,5	1,0
Oleinsäure. (Marke: „KAHLBAUM".)	0,75	1,5
Aq. destill.	12,5	0,5
Alkohol	ad. 1000,0	ad. 1000,0.

Die künstlichen Gemische werden nach Angaben von SACHS und RONDONI in einer Konzentration von 1:5 zum Versuch verwendet und zwar erfolgt die Verdünnung mit physiologischer Kochsalzlösung bei Gemisch A fraktioniert, bei Gemisch B in der gewöhnlichen Weise schnell. Bei der Verdünnung resultieren, wie ich in Übereinstimmung mit SACHS und RONDONI, FACHINI u. a. feststellen konnte, je nach der Verdünnungsart mehr oder weniger stark, aber gleichmäfsig milchig getrübte Flüssigkeiten ohne Niederschlagsbildung. Zur Diagnosenstellung werden nach Originalvorschrift fallende Dosen des Antigens von 0,4—0,15 ccm verwendet. Zu Vergleichszwecken habe ich, wie ich gleich an dieser Stelle nochmals erwähnen möchte, den Modus fallende Antigenmengen zur Diagnosenstellung zu verwenden, auch für meine aus Organmaterial hergestellten Extrakte durchgeführt.

Abweichend von den Angaben von Sachs und Rondoni und in Übereinstimmung mit den Befunden Facchinis konnte auch ich feststellen, daſs die beiden künstlichen Gemische sowohl bei der gröſsten im Versuch verwendeten Dosis, wie auch bei der doppelten Maximaldosis spontanhämolytisch gegen Hammelblut wirkten. Vielfach war dieses hämolytische Vermögen der Gemische zusammen mit Komplement auch noch bei einer Dosis von 0,3—0,25 ccm festzustellen. Eine antikomplementäre Wirkung der entsprechenden Antigendosen ging dabei keineswegs parallel. Die hämolytische Wirkung der Gemische gegenüber Hammelblutkörperchen, welche analog den Beobachtungen Facchinis in weiten Grenzen von den jeweils zum Versuch verwendeten Komponenten des hämolytischen Systems (Komplement und Erythrocyten) abhängig war, erschwerte dabei in der Regel die Feststellung der Grenze für die antikomplementäre Wirkung der Gemische. Eine der Hauptforderungen, die Sachs an ein brauchbares alkoholisches Antigen stellt, daſs nämlich das Extrakt in der zum Versuch verwendeten doppelten und einfachen Maximaldosis weder antikomplementäre noch spontan hämolytische Eigenschaften aufweist, konnte somit für die künstlichen Gemische nicht erfüllt werden. Für die praktische Brauchbarkeit der künstlichen Gemische erwiesen sich die erwähnten Eigenschaften fast vollkommen bedeutungslos, eine Tatsache, welche Facchini seiner Zeit schon festzustellen vermochte. Im übrigen haben ja auch neuere Untersuchungen mit spezifischen Organextrakten — ich habe diese Befunde bereits an früherer Stelle besprochen — gezeigt, daſs diese von Sachs aufgestellten Forderungen, welche sich auch für Organextrakte keineswegs immer durchführen lassen, von geübten Untersuchern ohne Nachteil für den spezifischen Ausfall der Reaktion auſser acht gelassen werden können.

Eisenberg und Nitsch haben geglaubt, die hämolytische Wirksamkeit der künstlichen Extrakte durch Ausschaltung der Oleinsäure beheben zu können. Auch die künstlichen Gemische ohne Oleinsäurezusatz erweisen sich jedoch nach Angaben der Autoren als hämolytisch, ergeben aber, wie ich aus eigenen Erfahrungen bestätigen kann, durchaus brauchbare Resultate. Bevor ich auf die von anderer Seite gewonnenen Resultate eingehe, möchte ich zunächst in tabellarischer Übersicht meine eigenen Versuchsergebnisse wiedergeben. Ich möchte indessen gleich vorausschicken, daſs in der Tabelle nur diejenigen Fälle zusammengestellt sind, welche dank der mir zur Verfügung stehenden gröſseren Blutmenge gleichzeitig mit einer gröſseren Anzahl von Extrakten geprüft werden konnten. Was die Bezeichnung der Resultate anbelangt, so beziehen sich dieselben auf die bei jedem einzelnen Extrakt angewendeten fallenden Mengen. (0,4; 0,3; 0,2; 0,1 ccm.)

Gruppe 1.
Patienten klinisch und anamnestisch frei von Lues.

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Luetisches Fötalleberextrakt alkohol.	Luetisches Fötalleberextrakt wässerig	Alk. M. S. Herz-extrakt	Künstliche Gemische A	Künstliche Gemische B	Künstliche Gemische C ohne Olein-säure
149	Iritis	0	0	0	0	0	0
8855	Normales Patientenserum	0	0	0	0	0	0
16	Leukämie	0	0	0	0	0	0
25	Kontrollserum	0	0	0	0	0	0
26	„	0	0	0	0	0	0
27	„	0	0	0	0	0	0
37	Keratitis parenchym	0	0	0	0	0	0
39	Epilepsie	0	0	0	0	0	0
40	Ikterus catarrh.	0	0	0	0	0	0
54	Lupus erythem	0	0	0	0	0	0
60	Tbc. pulmonum	0	0	0	0	0	0
59	Neurasthenie	0	0	0	0	0	0
109	Nervosität	0	0	0	0	0	0
8239	Kontrollserum	0	0	0	0	0	0
283	Vitiligo	0	0	0	0	+000	—
275	Gewerbliches Ekzem	0	0	0	0	0	—
271	Chlorose. Vitium cordis	0	(0)	0	0	0	—
281	Normales Kontrollserum	0	0	0	0	0	—
332	Apoplexie	0	0	0	0	0	—
333	Multiforme Sklerose	0	(0)	0	0	0	—
343	Ulcera cruris	0	(0)	0	0	0	—
345	Arteriosklerose	0	(0)	0	0	0	—
346	Gesunder Syphilophobe	0	(0)	0	0	0	—
348	Ulcus cruris traumatica	0	(0)	0	0	0	—
349	Stomatitis	0	(0)	0	0	0	—
357	Bubo dolens	0	(0)	0	0	0	—
360	Orchitis chron.	0	(0)	0	0	0	—
370	Nervosität	0	0	0	0	0	—
392	Normalserum	0	(0)	0	0	0	—
416	„	0	(0)	0	0	0	—
98	Chlorosis	0	0	0	0	0	—
99	Ekzema univers.	0	0	0	0	0	—
100	Metrorrhagie	0	0	0	0	0	—
103	Gonitis chron.	0	0	—	0	0	—
104	Ulcus cruris	0	0	0	0	0	—
111	Malaria	0	0	0	0	0	—
112	Multiforme Sklerose	0	0	0	0	0	—
115	Ekzem	0	0	0	0	0	0
129	Periost. Abscesse	0	0	0	0	0	—
134	Choreoiditis	0	0	0	0	0	—
166	Malaria	0	0	0	0	0	—
42	Tbc. pulmonum	0	0	0	0	0	—

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Luetisches Fötalleberextrakt		Alk. M. S. Herzextrakt	Künstliche Gemische		
		alhohol.	wässerig		A	B	C ohne Oleinsäure
45	Vitium cordis	0	0	0	0	0	—
46	Bronchitis	0	0	0	0	0	—
61	Lumbago	0	0	0	0	0	—
70	Vitium cordis	0	0	0	0	0	—

Erklärung der Zeichen: Jedes Einzelzeichen entspricht dem Ausfall der Reaktion in einem Reagenzglas. Jede Serumprobe ist mit fallenden Dosen der verschiedenen Extrakte geprüft. Vier nebeneinander gestellte Zeichen entsprechen demnach dem Ausfall einer quantitativ abgestuften Versuchsreihe. Die Einzelzeichen sind folgendermaßen zu verstehen: $+$ = komplette Hemmung; $\pm$ = Spur Hämolyse; $\mp$ = fast komplette Hämolyse; 0 = komplette Hämolyse.

In denjenigen Fällen, in welchen der Versuch bei allen Extraktdosen ein negatives Resultut, d. h. komplette Hämolyse, ergab, ist das hierfür bestimmte Zeichen nur einmal eingetragen.

Zum leichteren Verständnis der Versuchsergebnisse seien noch einige Erklärungen beigegeben, die ich selbst im Hinblick auf die Ausführlichkeit der Tabellen keineswegs als überflüssig erachten kann. Zunächst sei bezüglich der technischen Fragen noch erwähnt, daſs ich hinsichtlich der Versuchsanordnung durchaus den Prinzipien gefolgt bin, wie ich sie bereits im Anfang meiner Arbeit ausgeführt habe. Die einzelnen Sera wurden je nach der mir zur Verfügung stehenden Blutmenge auſser mit den künstlichen Gemischen A und B (Sachs und Rondini), dem Oleinsäurefreien Gemisch nach Eisenberg und Nitzsch gleichzeitig mit mehreren Organextrakten, die sich mir in früheren Untersuchungen als einwandfreie Antigene erwiesen hatten, untersucht, und zwar stets in einer Menge von 0,1 ccm des inaktivierten Serums geprüft. Unter der Rubrik II meiner Tabellen finden sich vielfach die Versuchsergebnisse in Klammern aufgeführt. Die Einklammerung bedeutet in diesen Fällen die Verwendung eines zweiten spezifischen Alkoholextraktes an Stelle des sonst verwendeten wässerigen Leberextraktes.

Was nun die Versuchsergebnisse selbst anlangt, so sprechen dieselben ohne Zweifel für eine praktische Verwertbarkeit der künstlichen Lipoidgemische, wenn letztere auch keineswegs als das Ideal eines Antigens betrachtet werden können. Den Angaben von Sachs und Rondini, daſs die künstlichen Gemische mit dem Serum von sicheren Nicht-Syphilitikern niemals positiv reagierten, kann ich bezüglich des Gemisches A nicht nur mit Rücksicht auf die in der Tabelle angeführten, sondern auch auf Grund zahlreicher sonst untersuchter Fälle rückhaltslos beistimmen. Auch bezüglich des Gemisches B habe ich ungünstige Resultate, wie sie namentlich Facchini mitteilt, nicht erzielt. Ein positives Resultat bei einem notorisch syphilisfreien Individuum habe ich bei Verwendung des Lipoidgemisches B

Gruppe 2.

Patienten mit manifester Lues oder sicheren paraluetischen Erkrankungen.

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Luetisches Fötalleberextrakt		Alk. M. S. Herzextrakt	Künstliche Gemische		
		alkohol.	wässerig		A	B	C ohne Oleinsäure
14	Ulcera crur. luet.	++++	++++	++++	++++	++++	++++
15	Psoriasis luet.	++++	++++	++++	+++0	++++	++++
a)	Progressive Paralyse	++++	++++	++++	±±++	±±++	±±++
b)	" "	++++	++++	++++	0+++	0+++	0+++
c)	" "	++++	++++	++++	0+++	0±++	00++
d)	" "	++++	++++	++++	++++	++++	++++
e)	" "	++++	++++	++++	0+++	0+++	0+++
48	Frische Lues 2	++++	++++	++++	++++	++++	++++
f)	Progressive Paralyse	++++	++++	++++	0±++	±±++	0+++
53	Frische Lues 2	++++	++++	++++	++++	++++	++++
47	Ulcus dur. roseola	++++	++±0	+++±	++++	++++	++++
8234	Frische Lues 2	++++	++++	++±∓	++±0	++±∓	++∓0
9154	Ulcera luet.	++++	++++	++++	++++	++++	++++
9083	Lues 2	++++	++±±	+±±±	++++	++++	++++
9	Lues 2	++++	++++	—	++++	++++	++++
270	Lues congenita	++++	++++	++++	++++	++++	—
151	Ulcus durum	++++	++++	++++	++++	++++	—
150	Ulcera lab. luet.	++++	++++	++++	++++	—	—
113	Tabes dorsalis. Lues vor zwölf Jahren	++++	++++	++++	++++	++++	—
106	Roseola luet.	++++	++++	++++	++++	++++	—
394	Frische Lues 2	++++	(+++∓)	++++	++++	++++	—
401	Frische Lues 2	++++	(++++)	++++	+++±	+++±	—
412	Lues 2. Rezidiv	++++	(++++)	++++	+++±	+++∓	—
133	Lues congenita	+++±	+++±	+++±	+++±	+++±	—
152	Frische Lues 2	++++	+++∓	++±∓	+++±	+++±	—
378	Ulcus crur. luet.	++++	(+++0)	++++	+++0	++±0	—
383	Multif. luet. Ekzem	++++	(+++±)	+++∓	++00	+∓00	—
341	Lues 2	++++	(++++)	++++	++00	+++0	—
355	Roseola luet.	++++	(++++)	++++	++±0	++00	—
335	Lues 2. Rezidiv	++++	(++++)	++++	++00	+++0	—
359	Ulc. luet. port. vag.	++++	(+++±)	+++0	+∓00	+∓00	—
22	Keratitis parenchym.	++++	++++	—	++++	++++	++++
321	Frische Lues 2	+++±	(+++±)	++++	++00	++00	—
278	Ulcus dur.	++++	(++++)	++++	+++±	+++±	—
285	Frische Lues 2	++++	(++++)	±±∓0	++00	+++0	—
403	Ulcera luet. vag.	+++∓	(++±0)	+±00	+++0	—	—
2833	Frische Lues 2	—	+++±	+++∓	++++	++++	++±0
2835	Frische Lues 2	—	++++	++±±	+±∓0	+±∓0	+±∓0
2836	Frische Lues 2	—	++++	++±0	+±∓0	++∓0	+±∓0
2837	Frische Lues 2	—	++++	+++±	+±∓0	+±∓0	+±∓0

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Luetisches Fötalleberextrakt		Alk. M. S. Herz-extrakt	Künstliche Gemische		
		alkohol.	wässerig		A	B	C ohne Oleinsäure
127	Tabes incipiens..........	++++	+̄+̄00	++±+̄	++00	++00	—
69	Tabes dorsalis. Lues vor 20 Jahren............	++++	+++̄0	++++	++00	++00	—
116	Beginnende progres. Paralyse..................	++++	—	++00	++00	++00	—
308	Primäraffekt............	++++	(+000)	0	+++0	++±0	—
310	Syphilide im Gesicht.....	0	(0)	0	0	0	0

unter den 46 in der Tabelle aufgeführten Fällen bei gleichzeitig negativem Ausfall der Reaktion mit den übrigen Extrakten nur ein einziges Mal beobachtet und auch hier nur in der gröfsten zum Versuch verwendeten Extraktdosis. Auch bei meinen übrigen in der Tabelle nicht aufgeführten Fällen haben die vergleichenden Untersuchungen mit den künstlichen Gemischen und dem einen oder anderen Organextrakt durchaus analoge Ergebnisse gezeitigt. In vereinzelten Fällen habe ich wohl noch derartige Beobachtungen unspezifischer Reaktionen gemacht — die unspezifischen Hemmungen erstrecken sich indessen wie aus den vorstehenden Tabellen ersichtlich ist, keineswegs allein auf das künstliche Gemisch B — meist jedoch handelte es sich dabei um partielle Hemmungen in den gröfsten zum Versuch verwendeten Extraktdosen. Zu einem so hohen Prozentsatz unspezifischer Hemmungen wie Facchini (ca. 18 %) bin ich bei meinen Untersuchungen jedenfalls nicht gelangt. Wenn ich der Diskussion über den praktischen Wert lediglich die in Extenso mitgeteilten Fälle zu Grunde lege, so finden sich unter den tabellarisch aufgeführten 163 Fällen nur insgesamt 3 Fälle mit prinzipiell abweichendem Ergebnis, d. h. mit positiver Reaktion bei den künstlichen Gemischen und gleichzeitig negativer Reaktion bei sämtlichen zur Verwendung gelangten Organextrakten. Nicht unerwähnt möge dabei bleiben, dafs einer unter den vorstehend genannten drei Fällen eine sichere Luesanamnese aufweist und dafs auch bei den übrigen beiden Fällen eine luetische Infektion nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Der Prozentsatz unspezifischer positiver Reaktion wird sich naturgemäfs noch bedeutend erniedrigen, wenn man es, wie auch Facchini bereits vorgeschlagen hat, zum Prinzip erhebt, nur vollständige Hemmungen der Hämolyse im positiven Sinne zu verwerten, einen Grundsatz, den ich im übrigen nicht nur für die künstlichen Gemische, sondern auch für meine alkoholischen Organextrakte stets mit gutem Erfolg berücksichtigt habe. Einen nicht unwesentlichen Faktor für die Vermeidung unspezifischer Reaktionen bildet auch für die künstlichen Gemische die ausschliefsliche Verwendung frischen Komplementes.

Gruppe 3.

Fälle mit anamnestisch sicherer Lues, welche mehr oder weniger stark spezifisch behandelt wurden. Zur Zeit der Blutuntersuchung waren die Patienten meist symptomfrei, zum Teil zeigten sie unbestimmte Symptome. (Lues latens.)

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Luetisches Fötalleberextrakt		Alk. M. S. Herzextrakt	Künstliche Gemische		
		alkohol.	wässerig		A	B	C ohne Oleinsäure
6	Lues latens? Infektion vor 20 Jahren	++++	++++	0	++++	++++	++++
7	Lues latens	++++	++++	0	++++	++++	++++
64	Lues latens? Infektion vor $1^1/_2$ Jahren	++++	++++	++±∓	++++	++++	++++
110	Lues latens. Mehrfach behandelt	++++	++++	++++	++++	++++	++++
113	Tabes? Infektion vor zwölf Jahren	++++	++++	++++	++++	++++	++++
94	Mehrfach behandelte Lues, zurzeit symptomfrei	0	0	0	0	0	—
413	Arteriosklerose. Infektion vor 20 Jahren	0	(0)	0	0	0	—
400	Vor $3^1/_2$ Jahren Lues, zurzeit symptomfrei	0	(0)	0	0	0	—
377	Lues latens? Mehrfach behandelt	0	(0)	0	0	0	—
397	Mehrfach behandelte Lues, beginnendes Rezidiv?	0	(0)	0	0	0	—
130	Bronchitis. Infektion vor sieben Jahren	0	0	0	0	0	—
324	Lues latens? Symptomfrei	0	0	0	0	0	—
342	Frische Lues. Salvarsanbehandlung	0	(0)	0	0	0	—
373	Ulcus vor zwei Jahren. Keine Erscheinungen	0	(0)	0	0	0	—
68	Ulcera crur. Infektion vor 20 Jahren	0	(0)	0	0	0	—
289	Intertrigo. Infektion vor neun Jahren	0	(0)	0	0	0	—
290	Lues vor zwei Jahren, zurzeit keine Symptome	0	(0)	0	0	0	—
292	Infektion vor vier Jahren, zurzeit keine Symptome	0	(0)	0	0	0	—
44	Behandelte Lues, zurzeit keine Symptome	0	0	—	0	0	—
32	Alte Lues, zurzeit Pupillendifferenz	0	0	0	+±00	+±00	++±0

Nr des Serums	Klinische Diagnose	Luetisches Fötalleberextrakt		Alk. M. S. Herzextrakt	Künstliche Gemische		
		alkohol.	wässerig		A	B	C ohne Oleinsäure
9350	Keratitis parenchym. Infektion 1877	0	++++	0	0	0	0
8	Lues latens? Zurzeit unbestimmte Symptome ..	++++	++++	–	++++	–	–
24	Lues latens	++±∓	++±0	–	+++±	+++±	–
67	Lues latens? Infektion vor vier Jahren	0	0	0	0	0	0
71	Lues vor 15 Jahren. Beginnende spinale Symptome	++±∓	++∓0	++∓0	++∓0	+±00	–
284	Behandelte Lues, zurzeit symptomfrei	++++	(++++)	+±∓0	+++∓	+++∓	–
8238	Lues latens	++++	++++	+±∓0	0±∓0	0±+0	+±∓0
8240	Mehrfach behandelte Lues, zurzeit symptomfrei	++++	++++	+++±	+±∓0	+±∓0	+±∓0
336	Lues latens. Infektion 1909	++++	(++++)	+±±∓	+++∓	+++0	–
337	Latente Lues	++±0	(++±0)	±∓00	++±∓	++±∓	–
356	Mehrfach behandelte Lues, zurzeit dubiöses Ekzem	+++∓	+±00	++±∓	++00	++00	–
140	Vor 18 Jahren Lues. Beginnende Paralyse?	++++	0	+++±	++±0	++±0	–
402	Lues Latens? Mehrfach behandelt	+±00	(±±00)	∓∓00	+000	+±00	–

Gruppe 4.

Patienten mit unbestimmter Anamnese und zweifelhaften klinischen Befunden, Luesverdacht.

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Luetisches Fötalleberextrakt		Alk. M. S. Herzextrakt	Künstliche Gemische		
		alkohol.	wässerig		A	B	C ohne Oleinsäure
126	Keratitis parenchym.	++++	++++	++++	++++	++++	–
51	„ „	++++	++++	++++	++±±	+±∓0	++++
102	Kongenitale Lues?	++++	++++	++++	++++	++++	–
49	Schwindel, Kopfschmerzen. Infektion geleugnet	++++	++++	++++	++++	++++	–
296	Retinitis pigmentosa	++++	(++++)	++++	+++0	+++0	–
142	Multiple Sklerose? Infektion unbestimmt	++++	++++	++++	++++	++++	–
9351	Keratitis parenchym. Lues congenita?	++++	++++	0	+++±	++++	+++±
38	Frische Malaria..........	+++±	++++	++++	+++±	+++0	–

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	Luetisches Fötalleberextrakt alkohol.	Luetisches Fötalleberextrakt wässerig	Alk. M. S. Herzextrakt	Künstliche Gemische A	Künstliche Gemische B	Künstliche Gemische C ohne Oleinsäure
58	Tbc. pulmonum. Luet. Infektion unbestimmt	++±0	++±0	∓∓00	++±0	++±0	++±0
52	Tbc. pulmonum. Gumma?	++++	++++	++++	++±0	++±0	++++
374	Neuritis. Infektion zweifelhaft	++++	(+++±)	+++±	++±0	++±0	–
395	Drüsenschwellungen. Lues?	++±0	(+∓00)	0	++++	++++	–
403	Ulcus vag., Lues?	+++∓	++±0	+±00	+++0	–	–
414	Ekzema, Lues?	+++±	(+++∓)	+++±	++±0	++±0	–
17	Pupillendifferenz. Lues? .	++++	++++	+000	++++	++++	++++
50	Latente Lues? Vitium cord.	++++	(+++0)	+++±	+000	+∓00	–
41	Vor 16 Jahren Malaria, zurzeit Gastritis, Lues? ...	+++∓	+++∓	++00	+±00	+±00	–
364	Drüsenschwellungen, Lues?	++++	(+++0)	+++±	+000	+∓00	–
367	Malaria	+±±0	(∓∓00)	0	0	∓000	–
371	Malaria	+++∓	(++∓0)	++±0	+∓00	+000	–
280	Dubiöses Nasengeschwür (Primäraffekt)	+±±0	(++++)	0	±∓∓0	+±∓0	–
10	Gumma?	∓∓00	++++	0	++±0	++±0	++±0
23	Irido-choreoiditis	+±±0	++++	–	+++±	+++±	–
57	Irido-cyclitis	++++	++±0	–	++±0	0+±0	++±0
29	Irido-choreoiditis	0	++±0	0	0	0	0
28	Ophthalmoplegia int. Lues?	0	+++±	0	0	0	0
30	Myocarditis. Ulc. crur. luet.?	0	++++	0	++00	+±00	0
372	Drüsenschwellungen, Lues?	0	(0)	0	0	0	–
396	Gumma?	0	(0)	0	0	0	–
128	Tabes? Infekt. unbestimmt	0	(0)	0	0	0	–
131	Tabes? Lues?	0	0	0	0	0	–
167	Drüsenschwellungen. Lues?	0	(0)	0	0	0	–
105	Luesverdacht. Inf. unsicher	0	0	0	0	0	–
108	Keratitis parenchym. Lues aut Tbc.?	0	0	0	0	0	–
117	Ulc. dub. angina luet.?...	0	0	0	0	0	–
277	Gastr. Krisen. Tabes incip.?	0	(0)	0	0	0	–
279	Ulcus durum?	0	(0)	0	0	0	–
47	Tuberkulide der Haut?...	0	0	–	+±00	±∓00	–
276	Luesverdacht. (Bestätigt)	0	(+++±)	0	++±0	++±0	–

Wird Komplement verwendet, das etwa 24 Stunden im Eisschrank aufbewahrt wurde, oder gar Frigokomplement, so treten nicht selten antikomplementäre Wirkungen in den stärkeren Dosen der Lipoidgemische ein und ich habe es aufserdem beobachtet, dafs auch bei glatter Lösung der Kontrollen partielle Hemmungen zwischen Normalseren und den stärkeren Dosen der Lipoidgemische auftreten. In der Regel zeigte das

Gemisch A diese Eigenschaften in weniger ausgesprochenem Maſse als das künstliche Gemisch B. Im allgemeinen waren die eben genannten Eigenschaften der Lipoidgemische jedoch keineswegs derart ausgesprochen, daſs bei entsprechend sorgfältigem Arbeiten die praktische Brauchbarkeit der künstlichen Gemische erheblich beeinträchtigt worden wäre.

Auch hinsichtlich der positiven Resultate bin ich zu wesentlich günstigeren Resultaten gelangt, als Facchini. Soweit es sich um Fälle mit manifester Syphilis der verschiedensten Stadien, wie ich sie in Gruppe 2 aufgeführt habe, handelte, konnte ich die Beobachtungen von Sachs und Rondini durchaus bestätigen, wonach die künstlichen Gemische mit allen Seris positiv reagierten, welche bei Verwendung von natürlichem Organextrakt als positiv erkannt worden waren. Im wesentlichen haben sich diese Erfahrungen dann auch bei den Fällen latenter Syphilis mit sicherer oder mehr zweifelhafter Anamnese bestätigen lassen. Auch bei Verwendung der Organextrakte bestand bei den Fällen der letzteren Art zwischen den verschiedenen an sich brauchbaren Extrakten keineswegs in 100 % eine vollkommene Übereinstimmung im Ausfall der Reaktion. Daſs die künstlichen Lipoidgemische den organischen Extrakten an Wirksamkeit nachstehen, kann nicht ohne weiteres behauptet werden, ich habe sogar vielmehr beobachten können, daſs die künstlichen Gemische den alkoholischen Extrakten aus Meerschweinchenherzen, die durch eine ziemlich allgemeine Anerkennung und weite Verbreitung gefunden haben, hinsichtlich ihrer diagnostischen Brauchbarkeit im wesentlichen nicht nur nicht nachstehend, sondern sie sogar noch vielfach übertreffen.

Hinsichtlich der wässerigen und alkoholischen Extrakte aus syphilitischen Organen muſs im allgemeinen allerdings zugegeben werden, daſs die künstlichen Lipoidgemische den natürlichen Organextrakten an Reaktionsbreite um ein Erhebliches nachstehen. Es ist dies ohne Zweifel ein Nachteil der Lipoidgemische der mit Wahrscheinlichkeit auf Kosten ihrer hämolytischen Eigenschaften gesetzt werden muſs. Dieses hämolytische Vermögen der Lipoidgemische macht sich unter Umständen recht unangenehm störend bemerkbar, indem es zu einer Erscheinung führt, welche Facchini als Späthämolyse bezeichnet und welche darin besteht, daſs plötzlich im Röhrchen, in welchem nach Abschluſs des Versuches eine positive Reaktion bestand, nach beendeter Reaktion eine vollkommene Hämolyse eintritt, wenn der Versuch einige Zeit bei Zimmertemperatur oder im Eisschrank aufbewahrt wird. Meist handelt es sich nach meinen Erfahrungen um die schwächeren zum Versuch verwendeten Dosen der Lipoidgemische, bei denen eine Späthämolyse auftritt. In einer gröſseren Anzahl von Fällen habe ich aber auch die merkwürdige Erscheinung wahrgenommen, daſs bei positiver Reaktion in den geringeren Dosen der Lipoidgemische eine partielle, ja sogar eine vollkommene Hämolyse in

der gröſsten zum Versuch verwendeten Antigendosis auftritt. Diese Erscheinung macht sich um so unangenehmer geltend, als ich in Übereinstimmung mit Isabolinsky in vielen Fällen gerade nur die stärkeren Dosen als wirksam gefunden habe. Es ergibt sich aus diesen Erscheinungen die unbedingte Konsequenz, daſs man sich nicht damit begnügen darf, die Prüfung eines verdächtigen Serums mit der einen oder anderen Dosis eines Lipoidgemisches vorzunehmen, daſs es vielmehr unbedingt erforderlich ist, jedes einzelne Serum mit den von Sachs und Rondini angegebenen fallenden Mengen des Antigens zu prüfen.

Eisenberg und Nitzsch haben den Versuch gemacht, durch Entfernung der Ölsäure aus den Gemischen deren hämolytische Wirkung herabzusetzen. Schon Facchini hatte ja darauf aufmerksam gemacht, daſs der Ölsäure ein erhebliches hämolytisches Vermögen auf Hammelblutkörperchen zukommt, ohne daſs diese Substanz gleichzeitig irgendwelchen Vorteil bei dem Zustandekommen bei der positiven Reaktion zwischen den Lipoidgemischen und einem Syphilitikerserum zu bieten vermochte. Facchini glaubt vielmehr, gerade die Oleinsäure für das Zustandekommen der sogenannten Spāthämolysen verantwortlich machen zu müssen. Eisenberg und Nitzsch konnten auch mit den oleinsäurefreien Lipoidgemischen befriedigende Resultate erzielen, ohne daſs jedoch das Fehlen der Oleinsäure in den Gemischen einen wesentlichen Einfluſs auf deren hämolytische Eigenschaften gezeigt hätte. In beiden Punkten kann ich die Erfahrungen von Eisenberg und Nitzsch auf Grund meiner eigenen Untersuchungen durchaus bestätigen. Auch ohne Oleinsäurezusatz zeigen die Lipoidgemische eine ausgesprochene Hämolyse gegen Hammelblutkörperchen und auch die von Facchini als Spāthämolyse bezeichneten Erscheinungen bestehen in gleicher Weise wie bei den ursprünglichen von Sachs und Rondini angegebenen Gemischen. Ob diese spāthämolytischen Reaktionen, die auch bei den Organextrakten wenn auch in wenig ausgesprochenem Maſse beobachtet werden können, allein den Antigen zur Last gelegt werden können, möchte ich bezweifeln und mehr der Auffassung Ausdruck geben, daſs den erheblichen Schwankungen, welchen die biologischen Faktoren der Reaktion (Patientenserum, Komplement, Blutköperchen) unterworfen sind, ein nicht geringer Teil dieser Erscheinungen zur Last gelegt werden muſs. Bezüglich der Reaktionsfähigkeit der oleinsäurefreien Gemische habe ich keine wesentlichen Vor- oder Nachteile gegenüber den Originalgemischen von Sachs und Rondini festzustellen vermocht. Je nachdem bei den oleinsäurefreien Gemischen, die für die Gemische A oder B üblichen Verdünnungsmethoden (für A fraktioniert, für B schnell) in Anwendung gebracht wurden, entsprach das biologische Verhalten des oleinsäurefreien Gemisches durchaus demjenigen des entsprechend verdünnten Originalgemisches.

Wenn ich auf Grund meiner Untersuchungen ein endgültiges Resultat über die praktische Verwertbarkeit der von SACHS und RONDINI in die Technik eingeführten künstlichen Gemische geben soll, so vermag ich dies nur mit einer gewissen Reserve zu tun. Die bisher in der Literatur niedergelegten Erfahrungen mit diesen Gemischen differieren zweifellos erheblich, und die Annahme von BRUCK, daſs diese zum Teil nicht unerheblichen Differenzen auf die Verschiedenheit der selbst von der gleichen Fabrik hergestellten Ovolecithins zurückzuführen sei, hat viel für sich. Zu der Unmöglichkeit die Lipoidgemische stets in absolut gleicher Weise rekonstruieren zu können, kommt dann auch als weiterer Faktor die erhebliche Differenz des von verschiedenen Autoren jeweils zum Versuch verwendeten hämolytischen Systems, sowie die von den meisten Autoren geübten geringen Abweichungen von der Technik, welche die Abgabe eines definitiven Urteils relativ erschweren. Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte kann ich der Verwertung der künstlichen Lipoidgemische zu diagnostischen Zwecken insoweit das Wort reden, als es sich darum handelt zu Kontrollzwecken ein Serum gleichzeitig mit mehreren Extrakten zu untersuchen. Im Hinblick auf die Zufälligkeiten, denen man bei der Verwendung dieser künstlichen Gemische ausgesetzt ist, möchte ich selbst angesichts meiner günstigen Resultate es nicht für gut halten, die Serodiagnose einzig und allein auf den Ausfall der Reaktion mit einem der Lipoidgemische aufzubauen, da den Lipoidgemischen in ihrer jetzigen Form zweifellos Mängel anhaften, welche zwar von dem geübten Untersucher ausgeschaltet werden können, bei einem guten Organextrakt jedoch weniger zu befürchten sind.

Ich habe in den vorstehenden Ausführungen die namentlich von SEELIGMANN mehrfach diskutierte Frage angeschnitten, die einzelnen Sera zwecks gröſserer Sicherheit in der Diagnose gleichzeitig mit mehreren Extrakten zu prüfen. Ich kann mich dieser Forderung von SELIGMANN, welche nicht nur im Interesse des Patienten sondern auch des die Verantwortung tragenden Untersuchers gelegen ist, nur anschlieſsen, ohne allerdings die weitgehenden Konsequenzen, welche SELIGMANN für die Abgabe der Diagnose zu ziehen gewillt ist, als berechtigt anerkennen zu können. Die Forderung des genannten Autors, nur dann ein Serum als positiv zu bezeichnen, wenn es bei gleichzeitiger Prüfung mit mehreren Extrakten übereinstimmend mit allen zur Verwendung gelangten Extrakten ein positives Resultat gibt, muſs ich in Übereinstimmung mit ALEXANDER praktisch als entschieden zu weitgehend betrachten. Wie aus meinen Tabellen mit Klarheit ersichtlich ist, habe ich die Erfahrung gemacht, daſs sich die Forderung SELIGMANNS bei Fällen mit manifester Lues würde aufrecht erhalten lassen, also gerade bei jenen Fällen, bei denen man auf Grund positiver klinischer Befunde einer serologischen Diagnose würde entraten können.

Für die Domäne der WASSERMANNschen Reaktion jedoch, d. h. für die latente oder klinisch unsichere Lues wird diese Forderung vielfach kaum ohne Nachteil zu erfüllen sein. An zahlreichen Fällen, die ich vergleichend mit mehreren Extrakten gleichzeitig untersucht habe, konnte ich die von ALEXANDER gemachte Erfahrung über die Variabilität in der Reaktionsfähigkeit der einzelnen Extrakte durchaus bestätigen. Dabei ist es durchaus unnötig, wie ALEXANDER mit Recht betont, daſs der eine oder andere Extrakt als besser oder schlechter gelten muſs. Für die Reaktionsstärke der einzelnen Extrakte wird als wesentlicher Faktor gerade die Variabilität der verschiedenen Meerschweinchensera zu betrachten sein. In dieser Hinsicht sind namentlich die Beobachtungen von SCHEIDEMANTEL bemerkenswert der mit dem gleichen Serum bei Verwendung verschiedener Komplemente aber sonst durchaus gleicher Versuchsanordnung selbst mit dem gleichen Extrakt vollkommen verschiedene Resultate, d. h. in einem Falle eine negative, im andern Falle eine positive Reaktion erhielt. So eklatant mögen ja allerdings nicht in allen Fällen die Differenzen im Ausfall der Reaktion nicht immer sein. Ich selbst habe unter zahlreichen Fällen eine derartige Beobachtung nicht gemacht, doch habe ich mich vielfach davon überzeugen können, daſs die Reaktionsbreite des gleichen Serums gegenüber dem gleichen Extrakte zum Teil ganz erheblichen Schwankungen unterworfen war, je nach dem Verhalten des eben zum Versuch verwendeten Komplements. Die Art der Reaktion gegen die verschiedenen Antigene liegt auſserdem, wie ALEXANDER richtig bemerkt, und wie ich aus eigenen Erfahrungen durchaus bestätigen kann, in dem individuellen Verhalten des Serums gegenüber den einzelnen Extrakten begründet, indem mit dem einen Sera dieser mit dem anderen jener stärker reagiert. Vielleicht sind auſserdem, wie dies ja auch ALEXANDER zum Ausdruck bringt, noch andere unbekannte und zunächst unübersehbare Faktoren, dafür verantwortlich zu machen, daſs die Kombination zwischen einem Serum und einem beliebigem Extrakt zu einer Verankerung des Komplementes führen kann, während die Kombination des gleichen Serums mit einem zweiten Extrakte gegebenenfalls zwar nicht mit dem gleichen, wohl aber mit einem anderen Komplement diese Verankerungen herbeizuführen vermag.

Derartige Zufälligkeiten liegen im Wesen der Reaktion als einer biologischen Reaktion begründet, bei der wir aus dem Tierkörper stammende und innerhalb weiter Grenzen schwankende Reagenzien in Anwendung zu bringen gezwungen sind. Höchst wahrscheinlich sind auf derartige Erscheinungen, wie ich sie eben besprochen habe, auch ein Teil der sogenannten „Versager“, d. h. der negativen Reaktionen bei Patienten mit manifester Syphilis zurückzuführen. Auch mir sind derartige Fälle, wenn auch nur ganz vereinzelt, begegnet, und ich bin gerade im Hinblick auf

die positive Reaktion, welche diese Fälle bei einer nach mehreren Tagen wiederholten Untersuchung gaben, durchaus geneigt, das ursprünglich negative Resultat auf Verhältnisse wie die eben geschilderten zurückzuführen, wenn ich mir auch bewufst bin, dafs eine Reihe von anderen Momenten, wie etwa mangelnde Ausbildung der Reaktionskörper bei zu frühzeitiger Untersuchung des Serums und andere in der Individualität des einzelnen Falles gelegene Verhältnisse, gegebenenfalls einmal zum Ausbleiben der Reaktion führen kann.

Es dünkt mir nicht unwahrscheinlich, dafs auch jene in der Literatur aufgeführten Fälle von sogenannter paradoxer Reaktion, wenigstens soweit es sich um ein Umschlagen von negativer in positive Reaktion handelt, auf derartige Schwankungen zurückzuführen sind. Mir selbst sind derartige Fälle von paradoxer Reaktion der letztgenannten Art nicht vorgekommen. Sonntag und Rasp haben mit Recht darauf hingewiesen, dafs derartige Erscheinungen auf Schwankungen in der Versuchsanordnung beruhen und ein nachträgliches Entstehen der Reaktionskörper bei längerem Aufbewahren des Serums undenkbar sind. Nach meinen Erfahrungen braucht es sich dabei keineswegs um fehlerhafte Ausführung der Versuchstechnik zu handeln, es genügen vielmehr die heute ja allgemein bekannten Schwankungen in der Ablenkungsfähigkeit der einzelnen Meerschweinchenkomplemente, um derartige Erscheinungen zwanglos zu erklären. Die Erscheinungen, dafs ein Serum, welches an einem Tage eine sichere positive Reaktion, zum Teil auch gleichzeitig mit mehreren Extrakten ergeben hatte, bei einer wenige Tage später vorgenommenen Prüfung eine wesentlich geringere Reaktionsbreite, mit dem einen oder anderen Extrakt sogar eine ausgesprochene negative Reaktion erkennen liefs, habe ich in mehreren Fällen beobachtet. Einen vollständigen Umschlag der Reaktion konnte ich indessen nur bei solchen Fällen feststellen, welche von vornherein eine relativ geringe Reaktionsbreite aufgewiesen hatten. Bei den stark positiven Sera sind diese Schwankungen, wie auch Sonntag und Rasp in ihrer einschlägigen Abhandlung betonen, in der Regel nur in geringem Grade meist aber überhaupt nicht vorhanden gewesen.

Aus Erscheinungen, wie die eben erörterten, ergibt sich ohne weiteres die Konsequenz, dafs es zweckmäfsig, ja sogar unbedingt erforderlich ist, die einzelnen Sera nach Möglichkeit gleichzeitig mit mehreren Extrakten zu prüfen. Zur Abgabe einer positiven Diagnose ist es dabei jedoch keineswegs erforderlich, ein übereinstimmendes Resultat bei allen zur Prüfung verwendeten Extrakten zu erhalten. Ich stimme hierin den auch von der Wassermannschen Schule (G. Meier) gut geheifsenen Ausführungen Alexanders bei, ein Serum auch alsdann als positiv zu bezeichnen, wenn es mit einem als brauchbar erkannten Extrakte eine

sichere Reaktion ergibt. Als unerläſsliche Voraussetzung habe ich es dabei stets angesehen, daſs nicht etwa auf partiellen Hemmungen die positive Diagnose aufgebaut wird und habe mich stets nur dann für berechtigt gehalten, eine positive Diagnose abzugeben, wenn bei der von mir gewählten Versuchsanordnung (fallende Antigendosen) die stärkste Extraktdosis eine komplette, die übrigen Extraktdosen zum mindesten eine partielle Hemmung in Form einer mehr oder weniger groſsen Kuppe aufwiesen.

Auch die Verwendung mehrerer Extrakte schützt nach meinen Erfahrungen indessen keineswegs davor, in vereinzelten Fällen, bei denen sich weder klinische noch anamnestische Anhaltspunkte für eine Syphilisinfektion auffinden lassen, eine starke und bei allen Extrakten übereinstimmende positive Reaktion zu erhalten. Ich möchte in dieser Beziehung einige Fälle von frischer Malaria, bei denen ich diese Beobachtung in Übereinstimmung mit ähnlichen in der Literatur niedergelegten Mitteilungen gemacht habe, nur nebenbei erwähnen, zumal es sich bei diesen Fällen um eine Erkrankungsform handelt, welche, um mich der Ausdrucksweise Wassermann's zu bedienen in den „Zerstreuungskegel" der Reaktion gehört und auſserdem trotz des Fehlens aller Anzeichen Lues vielleicht nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Diesen Fällen kann ich noch zwei weitere Fälle von fortgeschrittener Tuberkulose, welche trotz Mangels jeglicher Anhaltspunkte für Lues gleichzeitig mit fünf Extrakten positiv reagierten, und auſserdem zwei Fälle von Anämie (Chlorose) hinzufügen, die ebenfalls und zwar sogar bei wiederholter Reaktion mit sechs Extrakten übereinstimmend positive Reaktion ergaben, ohne daſs auch nur die geringsten klinischen oder anamnestischen Anhaltspunkte für Lues vorhanden gewesen wären.

Derartige Beobachtungen, wie die genannten, welche auf ein Beobachtungsmaterial von nahezu 1000 Einzelfällen treffen, legen bei aller Anerkennung der klinischen Spezifität der Reaktion doch die Frage nahe, wie ein derartiger Ausfall der Reaktion im Hinblick auf die Diagnose Lues bewertet werden muſs. Neisser, Bruck und andere Autoren stehen ja bekanntlich auf dem Standpunkt, daſs unter Voraussetzung kompletter Hemmungen der Hämolyse eine positive Wassermannsche Reaktion im Sinne sicherer Syphilis zu deuten sei, wobei die positive Reaktion als Krankheitssymptom zu gelten habe. Man mag bei Fällen manifester Lues — ich selbst habe bei meinen Untersuchungen in nahezu 100% der Fälle von manifester Lues der verschiedensten Stadien und bei 50—60% von Fällen latenter Lues, Zahlen wie sie auch Bruck in seiner bekannten Monographie angibt, positive Reaktion beobachtet, — die positive Reaktion als ein Symptom bewerten, das bekämpft werden muſs wie andere Symptome der Erkrankung, für Fälle latenter Lues wird sich diese Auffassung sicher nicht in allen Fällen aufrecht erhalten lassen. Ich stehe auf Grund meiner

eigenen Erfahrungen über den Ausfall der Reaktion, den ich dank der Liebenswürdigkeit der Kollegen stets an der Hand der klinischen Befunde zu kontrollieren vermochte, nicht an, eine positive Reaktion in dem Sinne zu bewerten, dafs der betreffende Mensch zu irgend einer Zeit einmal mit dem syphilitischen Virus in Berührung gekommen ist. Die absolut sichere Entscheidung der Frage, ob eine positive Reaktion im latenten Stadium noch Krankheit bedeutet, wird, und hierin kann man Bruck wohl vollkommen beistehen, mit den uns heute zur Verfügung stehenden Mitteln, wenn überhaupt, doch nur äufserst schwer zu erbringen sein. In letzter Linie ist diese Entscheidung auch nicht Sache des Serologen, sondern mufs vielmehr dem Kliniker von Fall zu Fall überlassen werden. Verschiedene Kliniker stehen ja bekanntlich auf dem Standpunkt, dafs nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion ein einschneidender Einflufs auf die Therapie nicht eingeräumt werden darf, dafs vielmehr die Hauptkraft der Wassermannschen Reaktion auf diagnostischem Gebiete liegt.

Der diagnostische Wert der Wassermannschen Reaktion ist heute sicher über jedem Zweifel erhaben und wohl von allen Seiten rückhaltslos anerkannt. Gerade diese Erkenntnis hat allerdings vielfach den Wunsch gezeitigt, die Wassermannsche Reaktion einem möglichst grofsen Kreise ev. sogar der Allgemeinheit der Ärzte zugängig zu machen, und eine Reihe von vereinfachenden und angeblich verbessernden Methoden entstehen lassen. Es ist hier nicht meine Aufgabe, den Wert oder Unwert dieser Modifikationen zu diskutieren, zumal dies an anderen Stellen schon häufig geschehen ist. Ich möchte auf Grund meiner eigenen Erfahrungen mich dahin aussprechen, die Wassermannsche Reaktion möglichst nach der Originalmethode auszuführen, da uns viele der angegebenen Modifikationen einen wirklichen Vorteil nicht zu bieten vermögen, zumal vielfach ihre scheinbare Vereinfachung auf Kosten ihrer Sicherheit geht. Es ist unbestreitbar, die Originalmethode ist zeitraubend und kompliziert und erfordert eine Reihe biologischer Vorkenntnisse, von denen natürlich auch der fabrikmäfsige Vertrieb der zur Reaktion nötigen Reagenzien nicht zu entbinden vermag. Unsere Kenntnisse über das Wesen der Reaktion sind zwar durch die Arbeiten von Gross und Volk, Friedemann u. a. erheblich gefördert worden, ohne dafs jedoch die Kontroversen in der Auffassung über das Wesen der Reaktion heute als völlig geklärt gelten könnten. Die Fehlerquellen, welche sich aus der Notwendigkeit der Verwendung aus dem Tierkörper stammender Reagenzien ergeben, sind grofs und nur von einem Untersucher, der sich ständig mit dem Gebiet beschäftigt und in biologischen Arbeiten geübt ist, mit Sicherheit zu beurteilen und zu vermeiden. Bei der einschneidenden Bedeutung, die gerade die Lues für Staat und Familie besitzt, mufs es als ein unbedingtes Erfordernis beachtet werden,

dafs eine Reaktion von ev. so weittragender Bedeutung wie die WASSERMANNsche Reaktion nur in grofsen Instituten ausgeführt wird, denen neben den entsprechenden Mitteln ein nach jeder Richtung geschultes Hilfspersonal zur Verfügung steht oder gegebenen Falles wieder neu ausgebildet werden kann. Mit Recht weisen SOBERNHEIM, BRUCK, KARL FRÄNKEL und andere Autoren darauf hin, dafs die Untersuchungen mit Hilfe der WASSERMANNschen Methode nicht in die Sprechstunde des praktischen Arztes und auch nicht in das Laboratorium eines vielbeschäftigten Spezialarztes, der die WASSERMANNsche Reaktion nur nebenbei ausführt, gehören, sondern dafs es zweckmäfsig erscheint, in richtiger Würdigung der Tragweite dieser verheerenden Infektion, diese Untersuchungen nach dem Vorbild Österreichs, welches in Wien eine Zentralstation für derartige Untersuchungen eingerichtet hat, auch bei uns die Ausführung der WASSERMANNschen Reaktion in grofsen staatlichen Instituten zu zentralisieren. Ich bin mir wohl bewufst, dafs die Vorschläge einer Zentralisation dieser Untersuchungen im Kreise derjenigen Kollegen, welche sich in der Ausführung der WASSERMANNschen Reaktion einen lohnenden Nebenerwerb geschaffen haben, keinen freudigen Widerhall finden werden. Es mag solchen Patienten, welche in der Lage sind, die zum Teil hohen Kosten für die Ausführung der Reaktion an ein Privatlaboratorium zu bezahlen, unbenommen bleiben, ihr Blut gegebenen Falles in einem ihnen zusagenden Privatlaboratorium untersuchen zu lassen. Bei der Frage der Zentralisation mufs es sich natürlich in erster Linie um solche Patienten handeln, welche in keiner Weise in der Lage wären, die Kosten für eine derartige Untersuchung aufzubringen. Ich habe persönlich ausreichend Gelegenheit gehabt, mich davon zu überzeugen, mit welchen Schwierigkeiten es zuweilen für den behandelnden Arzt verbunden war, unter den heutigen Verhältnissen für Patienten der genannten Gattung die Ausführung der WASSERMANNschen Reaktion zu ermöglichen. Hier ist es die Pflicht des Staates, in gleicher Weise, wie bei den anderen Infektionskrankheiten, einzugreifen, und die Untersuchung unentgeltlich für solche Patienten ausführen zu lassen, welche den unbemittelten Klassen angehören. Preufsen und verschiedene andere Bundesstaaten sind bereits mit nachahmenswertem Beispiel vorausgegangen, und es darf wohl der Hoffnung Ausdruck gegeben werden, dafs auch diejenigen Staaten, welche eine derartige Wohlfahrtseinrichtung noch nicht besitzen, diesem Beispiel in Kürze folgen werden, damit die Segnungen moderner Wissenschaft auch solchen zugute kommen können, welche das Unglück haben, eine so profane Infektion wie Lues zu akquirieren, ohne gleichzeitig in der Lage zu sein, die hohen Kosten für die Untersuchung aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

Literaturverzeichnis.

Alexander, A., Technisches zur Wassermannschen Reaktion. *Med. Klinik.* 1910. Nr. 5.

Bauer, I., Zur technischen Vervollkommnung des serologischen Luesnachweises. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 10.

Benecke, R., *Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 15.

Blumenthal, F., Die Serodiagnostik der Syphilis. *Derm. Zeitschr.* 1910, Bd. 17, Heft 1 u. 2.

Boas, H., Die Wassermannsche Reaktion bei aktiven und inaktiven Sera. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 9, S. 400.

Böhm, Malaria und Wassermannsche Reaktion. *Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 16, S. 828.

Bruck, C., Die Serodiagnose der Syphilis. *Arb. aus d. Kais. Gesundheitsamt.* 1911. Bd. 37, Abschn. 14.

Bruck und Kohn, *Berl. klin. Wochenschr.* 1908. S. 2268.

Citron, Die Technik der Bordet-Gengouschen Reaktion. *Handbuch von Kraus und Levaditi.*

Detre und Brezowsky, *Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 49 u. 50.

Eisenberg und Nitsch, Über die Wassermannsche Probe mit künstlichem Antigen. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung.* 1909. Bd. 3, S. 376.

Ehrmann und Stern, *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.

Eliasberg, I., Über das Fehlen freien Komplementes im Blute Lepröser. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.

Facchini, V., Beiträge zur Technik der Wassermannschen Reaktion. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung.* 1909. Bd. 2, Heft 3.

Fischer, W., Beobachtungen über die Wassermannsche Reaktion. *Berl. klin. Wochenschr.* 1908. S. 151.

Fränkel, C., *Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 14.

Fränkel, E., und Much, Serodiagnostik der Syphilis. *Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 602.

Friedemann, U., Experimentelle Untersuchungen zur Theorie der Wassermannschen Reaktion. *Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh.* Bd. 67, S. 279.

Gatz, E., und Inaba, R., Zur Theorie der Wassermannschen Reaktion. *Bioch. Zeitschr.* 1910. Bd. 28, Heft 5 u. 6.

Gross und Volk, *Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.

— — *Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 3.

Hauck, L., Praktische Bedeutung der Syphilisreaktion. *Münch. med. Wochenschr.* 1909. S. 206.

— Der klinische Wert der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion. *Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 25.

Hecht, H., Klinische und serologische Untersuchungen bei Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der malignen Formen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1910. Bd. 104, Heft 3.

Hoehne, Fr., und Kalb, R., Vergleichende Untersuchungen der Originalmethode nach Wassermann mit den übrigen gebräuchlichen Methoden. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 104, Heft 3.

Jakobsthal, E., *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 13 u. 19.

Halberstädter, Müller und Reiche, *Berl. klin. Wochenschr.* 1908. S. 1917.

Lesser, F., Technik und Wesen der Wassermannschen Reaktion. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.

— *Med. Klinik.* 1908. S. 299.

MASLAKOWITZ, P., und LIEBERMANN, I., Zur Technik der WASSERMANNschen Reaktion. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung.* Bd. 9, Heft 2.

MULZER, P., Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose auf biologischem Wege. Berlin 1910, Julius Springer.

NEISSER, A., Über die Bedeutung der WASSERMANNschen Serodiagnose für die Praxis. *Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.

NOGUCHI, H., Weitere Erfahrungen mit vereinfachter Methode der Serumdiagnose der der Syphilis. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung.* Bd. 7, Heft 3.

ROLLY, WASSERMANNsche Reaktion bei Lues und anderen Infektionskrankheiten. *Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 2.

SACHS, H., und ALTMANN, K., Über den Einfluſs der Reaktion auf das Zustandekommen der WASSERMANNschen Komplementbindung bei Syphilis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 14, S. 700.

SACHS, H., Des Modifications du Serum sanguin par le Chauffage. *Semaine Médicale.* 1908. Nr. 26.

SACHS und ALTMANN, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. S. 429.

SCHATILOFF, P., und ISABOLINSKY, Untersuchungen über die Bedeutung der WASSERMANNschen Reaktion. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung.* 1909. Bd. 1.

SACHS, H., und RONDONI, P., Beiträge zur Theorie und Praxis der WASSERMANNschen Reaktion. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung,* Originale. 1909. Bd. 1.

SCHELLER, R., Experimentelle Beiträge zum Studium des Mechanismus der Immunkörper und Komplementwirkung. *Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 56, Heft 2. Originale, Abt. 1.

SCHEIDEMANTEL, E., Erfahrungen über die Spezifität der WASSERMANNschen Reaktion, die Bewertung und Entstehung inkompletter Hemmungen. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 101, Heft 5 u. 6.

SELIGMANN, Zur Kenntnis der WASSERMANNschen Reaktion. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung.* 1901. Bd. 1.

SELIGMANN und PINKUS, Beiträge zur Theorie und Praxis der WASSERMANNschen Reaktion. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung.* Bd. 5, Heft 4.

STERN, MARGARETHE, Über die Bewertung der unsicheren und paradoxen Reaktionen bei der serodiagnostischen Untersuchung der Syphilis. *Zeitschr. f. Immunitätsforschung.* 1910. Bd. 5.

WASSERMANN, A., und PLAUT, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.

WASSERMANN, A. VON, und MEIER, G., Die Serodiagnostik der Syphilis. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.

WASSERMANN, A. v., Über den Spezifitätsbegriff in der Medizin. *Verhandl. deutscher Naturforscher und Ärzte zu Königsberg 1910.*

SOBERNHEIM, G., *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.

ZEISSLER, I., Quantitative Hemmungskörperbestimmung bei der WASSERMANNschen Reaktion. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.

— Quantitative Hemmungskörperbestimmung bei der WASSERMANNschen Reaktion (2. Mitteilung). *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 21.

Weitere Literatur siehe BRUCK, C., *Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt.* 1911. Bd. 37, Abschnitt 14.

Mitteilung aus dem städtischen Krankenhaus in Rotterdam.

Die intravenöse Salvarsanbehandlung für die Praxis.

Von

L. M. de Buij Wenniger.

In Nummer 12, Band 52 *dieser Monatshefte* wird von N. Tschernogubow-Moskau ein Apparat beschrieben, welcher den Zweck hat, intravenöse Salvarsaninjektionen bequem, leicht und gefahrlos ausführen zu können. Die Hauptvorzüge, welche der Apparat bieten soll, sind:

1. Vollständige Asepsis.
2. Die Möglichkeit, sich in jedem Augenblick entweder der physiologischen Lösung oder der Salvarsanlösung zu bedienen.
3. Die Unbeweglichkeit der Nadel während der ganzen Prozedur.
4. Die Möglichkeit, den Druck, unter welchem die Injektion in die Vene geschieht, allmählich zu steigern oder zu vermindern.
5. Die gleichmäfsige Temperatur der Lösungen während der Operation.

Leider wird der Preis des Apparates nicht genannt; niedrig kann er aber nicht sein. Hervorgehoben mufs werden, dafs ein Assistent unentbehrlich ist, ganz allein kann auch nicht der Geübtere die Operation vornehmen.

Es sei mir gestattet, etwas Kritik zu üben, die vielleicht etwaigen Kollegen, die noch anfangen müssen, intravenöse Injektionen zu machen, willkommen sein wird.

ad 1. Man braucht einen Autoklav, der keine geringe Gröfse haben soll, sonst ist die ganze Asepsis wertlos. Man hat des weiteren soviele Manipulationen zu machen, dafs auch dadurch die Asepsis in Gefahr kommen wird. Bei guter Übung kann man aber tadellos aseptisch mit dem Apparat arbeiten, wenn . . . dieser noch neu ist.

ad 2. Es ist mir unmöglich einzusehen, was dieser Vorzug für Wert hat. Jeder Operateur läfst jetzt erst Kochsalzlösung einströmen und die Salvarsanlösung folgen, und spült mit Kochsalz wieder nach; das geht mit der Weintraudtschen und Schreiberschen Vorrichtung auch sehr bequem. Wenn die Injektion gut im Gange ist, wird niemand Bedürfnis haben, auf einmal Kochsalz einzugiefsen, wenigstens wenn die Nadel nicht aus der Vene rutscht.

ad 3. Wenn man mit der Nadel nur einen genügend langen Schlauch verbindet und die Nadel nicht zu schwer ist oder sehr kompliziert, wenn der Patient sich nicht sehr unruhig gebärdet, kann man den Zweck: Unbeweglichkeit der Nadel, mit jedem Verfahren erreichen (s. u.).

ad 4. Den Druck steigern oder vermindern ist fast niemals nötig, man braucht dazu auch nicht den umständlichen Apparat.

ad 5. Die gleichmäſsige Temperatur der Lösung ist von sehr geringer Wichtigkeit; es ist sehr leicht, mittels einiger Töpfe heiſsen Wassers die Salvarsan- und Kochsalzlösung ungefähr auf Blutwärme zu bringen. Die Injektion soll immer so rasch von statten gehen, daſs die Temperatur nicht um ein Beträchtliches verringert; eine Differenz von einigen Graden Celsius macht nichts aus.

Ich möchte jetzt den sehr viel einfacheren und bedeutend billigeren Apparat beschreiben, den ich bereits dreiviertel Jahr gebrauche und womit ich etwa 200 Injektionen gemacht habe.[1]

Man kauft eine gewöhnliche Laboratorium-Glasbürette von 50 ccm Inhalt und dazu ein eisernes Gestell, daſs das Auf- und Abschieben der Bürette ermöglicht. Unten kann ein Glashahn sein, ist aber nicht erforderlich. Man sterilisiert diese Bürette, indem man sie zwei Stunden in Alkohol entfettet (nur Innenseite) und 24 Stunden mit Sublimatlösung gefüllt stehen läſst. Wenn man den Apparat einmal benutzt hat, bleibt er entfettet und rein; man spült also nach jeder Operation die Bürette mit Kochsalzlösung (steril) aus und füllt nach mit Sublimatlösung. Man braucht weiter einen dünnen Schlauch, den man bequem über das Unterende schiebt; in dem Schlauch ein kleines gläsernes Zwischenstück, ungefähr 20 cm von dem Nadelende entfernt; es dient dazu, dem Schlauch in der Mitte eine leichte Schwere zu geben und um den Salvarsan- respektive Kochsalzstrom zu kontrollieren; das Ganze dreiviertel Meter lang. Der Schlauch endet am Nadelende in einem kleinen metallenen Konus, der auf die Nadel festgesteckt werden kann. Ich empfehle sehr scharfe, aber nicht zu lang geschliffene, 6 cm lange Nadeln, die man am besten in verschiedener Dicke ausgekocht bereit hält; je dicker, desto bequemer. Man braucht weiter einen gut elastischen (neuen) einen Meter langen Gummischlauch, eine Flasche angewärmter steriler Kochsalzlösung, einen sterilen Glastrichter, einen reinen, mit Kochsalzlösung gefüllten Topf und die Salvarsanlösung. Das alles zusammen kostet (die Salvarsanlösung aus-

[1] Der Apparat wurde nicht von mir erfunden, die wesentliche Zusammenstellung wurde schon seit Jahren für intravenöse Kochsalz- oder Natriumbicarbonicum-Eingieſsungen im hiesigen Krankenhause benutzt.

genommen) zehn Mark, ist einfach zu sterilisieren und die einzelnen Teile lassen sich bequem in jeder Instrumentenhandlung ersetzen.

Ich verfahre jetzt folgendermaſsen: Die Kochsalzlösung und die Salvarsanlösung werden in heiſsem Wasser angewärmt; man läſst die Sublimatlösung aus der Bürette strömen, setzt den ausgekochten Trichter auf die Bürette, läſst Kochsalz durchspülen, füllt sie ganz und schlieſst den Hahn, oder, falls dieser nicht vorhanden ist, setzt man eine Arterienklemme an den Schlauch. Man legt den ausgekochten Schlauch mit Zwischenstück und Konus in den Kochsalztopf und schiebt den Schlauch über das Unterende der Bürette; das Konusende liegt also unter Kochsalzlösung. Man öffnet den Hahn oder nimmt die Arterienklemme ab und streift mit den Fingern die Luft aus dem Schlauch; unter dem Druck der Kochsalzlösung macht das keine Schwierigkeit; wenn alle Luft fort ist, was man an aufsteigenden Luftbläschen am Konusende und beim Heben und Senken des Schlauches am Mittelstück sieht, schlieſst man wieder den Hahn und füllt die Bürette wieder nach. Der Apparat ist jetzt fertig. Grobe Corpora aliena (die nicht vorhanden sein dürfen, aber bei ungeschicktem Zubereiten der Salvarsanlösung ist alles möglich, also Glassplitter, Leinfäden, Salvarsanklumpen) werden am Hahn zurückgehalten, weil das Ende der Bürette gegen den Hahn zu sich stark verjüngt.

Der Patient liegt bequem im Bett mit dem entblöſsten Arm auf einem harten Kissen; man sucht sich eine Vene aus, umwickelt den Oberarm zweimal mit dem dickern Schlauch, vorne anfangend und macht eine einfache Schleife, die sich selbst festhält. Wenn man die Vene gut sehen oder fühlen kann, wäscht man die Einstichstelle eine halbe Minute mit Äther sulfuricum und sticht die Nadel unter die Haut längs der Vene; dann sticht man sie schnell in die Vene und etwas weiter ins Lumen; wenn das Blut gut ausströmt oder schnell tropft, sitzt die Nadel gut. Man löst mit einem Ruck den Schlauch am Oberarm, öffnet den Hahn der Bürette, nimmt den dünnen Schlauch am Konusende und befestigt dasselbe, während das Kochsalz flieſst, an die Nadel; ob alles gut sitzt, erkennt man an der Abwesenheit der Kochsalzquaddel unter der Haut und am schnellen Strömen. Die Nadel und den Schlauch überläſst man bestens sich selbst; wenn der Patient ruhig bleibt, geht alles gut vonstatten. Man gieſst dann Salvarsanlösung nach und fährt damit fort, bis die 200 ccm beinah durch die Bürette geflossen sind; dann gieſst man noch etwas Salzlösung nach, damit alle Salvarsanlösung fortgespült ist (bis das gläserne Zwischenstück wieder wasserklar aussieht), zieht die Nadel heraus und klebt die Wunde mit Leukoplast zu.

Wenn nichts Abnormes passiert, ist die ganze Operation in zehn Minuten beendet. Assistenz, ausgenommen eine Krankenpflegerin die Tupfer, Äther, Kochsalz, Kornzange usw. reichen kann, braucht man

nicht. Gefahr ist nicht da, Schmerzen macht es nicht, keine Gefahr für Infektionen, keine für Luftembolie; mifslingen kann die Injektion nur, wenn man keine Venenpunktion machen kann. Manche benutzen den viel weiteren GRAWITZschen Zylinder, eine Art Irrigator; der Gebrauch des beschriebenen Apparates hat, wenn auch nur einen kleinen Vorteil. Wenn nämlich etwas passiert, kann ich den Hahn schliefsen, den Konus von der Nadel abnehmen, wieder in Kochsalzwasser legen, die Nadel herausziehen und eine andere Stelle aufsuchen. Ich brauche dann nur höchstens 50 ccm Salvarsanlösung zu verschwenden, um wieder von neuem anzufangen. Der Operateur mit dem GRAWITZschen Apparat aber mufs seinen ganzen Zylinder, das kann also 175 bis 200 ccm Salvarsanlösung sein, ausströmen lassen, um wieder mit Kochsalzlösung anfangen zu können oder er punktiert eine Vene und läfst sofort die kaustische Salvarsanlösung zu. Das Nachspülen mit Kochsalzlösung geht mit einer dünnen Bürette leichter, als mit dem Zylinder.

Je einfacher die ganze Operation geschehen kann, desto besser.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911. Heft 8.

1. **Die Behandlung von Angiom, Angiokavernom und Naevus flammeus mit Kohlensäure,** von JOH. FABRY-Dortmund. Nach den zahlreichen Erfahrungen F.s ist die Behandlung der Angiome und Angiokavernome mit Kohlensäureschnee nach PUSEY allen anderen Behandlungsmethoden weit überlegen; sie ist sehr einfach, wirkt rasch und sicher und ergibt ausgezeichnete Resultate, besonders wenn die Veränderungen noch klein sind und frühzeitig in Angriff genommen werden. Auch bei Naevus flammeus sind die Erfolge des Verfahrens sehr ermutigend, namentlich wenn es sich um jugendliche Individuen handelt; bei älteren Leuten mit recht ausgedehnten Naevis ist allerdings nur durch oft wiederholte Sitzungen ein befriedigendes Ergebnis zu erzielen. Bei Kindern mufs man in allen Fällen mit der Expositionszeit und mit dem angewandten Druck sehr vorsichtig sein, um tiefere Nekrosen zu vermeiden; wiederholte, sekundenlange Applikation des Schnees ist länger dauernden Einwirkungen entschieden vorzuziehen.

2. **Können durch Quecksilber unbeeinflufsbare syphilitische Symptome durch Salvarsan geheilt werden?** von FRITZ LIMMERN-Frankfurt a. M. L. berichtet über neun Syphilisfälle, bei denen alte, zumeist in der Mundhöhle lokalisierte Krankheitserscheinungen durch Salvarsaninjektionen zu vollständiger Abheilung gebracht wurden, nachdem sie zahlreichen Quecksilber- und Jodkaliumkuren widerstanden hatten. Die vorher fast durchweg positive WASSERMANNsche Reaktion war nach erfolgter klinischer Heilung in allen Fällen, in denen sie wieder geprüft wurde, negativ.

3. **Bemerkungen zu dem Schlufswort des Herrn Dr. REITER in der Sitzung der Dermatologischen Gesellschaft vom 14. Februar,** von C. BRUCK. Bemerkungen persönlich-polemischen Inhalts. *Götz-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Heft 5. Mai 1911.

1. **Die WASSERMANNsche Reaktion bei der Pelade,** von R. SABOURAUD und A VERNES. Ausgehend von der Erfahrung, dafs viele klinische Tatsachen auf einen Zusammenhang zwischen Syphilis und Pelade hinweisen, haben S. und V. bei 100 Peladekranken die WASSERMANNsche Reaktion angestellt. Unter diesen 100 waren 25 Kranke, bei denen Syphilis, hereditär oder erworben, zugegeben oder klinisch sicher oder wenigstens sehr wahrscheinlich war. Zehn von ihnen hatten positiven WASSERMANN. Die Verfasser kommen daher zu folgenden Schlüssen: 1. Die WASSERMANNsche Reaktion bestätigt lediglich die bereits bekannte Tatsache, dafs die Pelade keine Erscheinung der floriden Syphilis ist. Deshalb ist auch von einer antiluetischen Kur kein Erfolg zu erwarten. 2. Die WASSERMANNsche Reaktion kann nicht immer den Zusammenhang einer Pelade mit einer weit zurückliegenden Syphilis dartun, da sie öfters bei festgestellter Syphilis negativ ist. 3. Die Syphilis spielt in der Ätiologie der Pelade nur eine sekundäre Rolle, indem sie das Leiden verschlechtern kann.

Vorher geben die Verfasser eine genaue und ausführliche Beschreibung des Wesens und der Theorie der WASSERMANNschen Reaktion und eine detaillierte Auseinandersetzung ihrer Technik.

2. **Nutzen des Theobromins bei Quecksilbervergiftung,** von CH. AUDRY. AUDRY hat bei schweren Quecksilbervergiftungen, die mit Albuminurie, Enteritis usw. einhergingen, drei- bis viermal täglich 1,0 Theobromin gegeben. Es tritt starke Diurese ein, der Allgemeinzustand hebt sich, der Speichelflufs hört auf und in drei bis vier Wochen sind die Patienten wieder hergestellt.

3. **Einige technische Bemerkungen über die Behandlung der Sykosis simplex berbae mit dem Zink-Ion,** von R. GAUDUCHEAU. Auf der zu behandelnden Stelle werden die Barthaare mit der Schere kurzgeschnitten, die Eiterpusteln eröffnet und dann mit Seife, Alkohol und Äther gut abgewaschen. Darauf kommt eine 2 bis 3 cm dicke Schicht Watte, die mit einer warmen 1—2%igen Zinkchloratlösung getränkt ist. Auf dieser wird eine (nicht überzogene) Zink- oder Zinnelektrode befestigt, die mit dem positiven Pole verbunden ist. Die negative Elektrode wird beliebig angebracht. Dann läfst man 20—30 Minuten einen galvanischen Strom durchgehen, der gesteigert wird, solange der Patient keine Schmerzen hat. Das Zink dringt auf dem Wege zur Kathode somit in das Gewebe ein. Nach Beendigung der Sitzung sieht man auf den Follikeln kleine Schorfe, die bald abfallen und das infizierte Haar mitreifsen. Nach vier bis zehn Sitzungen, die für eine Region nur zwei- bis dreimal wöchentlich vorgenommen werden dürfen, tritt Heilung ein. Die Verfasser hatten bei ihren Patienten keinen Mifserfolg. Anführung von Krankengeschichten.

4. **Histologische Untersuchung einer durch Salvarsan hervorgerufenen Ulceration,** von BOISSEAU und CARRUS. Ein Patient erhielt Salvarsaninjektion in die Bauchhaut. Die Injektionsstelle schwoll an, öffnete sich und entleerte eine gelbliche Flüssigkeit. Da der Substanzverlust immer gröfser wurde und keine Heilungstendenz zeigte, wurde er in toto exstirpiert. Dic histologische Untersuchung zeigte an den Rändern Verdickung und Infiltration der Cutis. Die Infiltration ist in den oberen Schichten diffus, in den unteren mehr circumscript um die Gefäfse angeordnet. Sie besteht aus Riesenzellen, Bindegewebszellen, Plasmazellen, Mastzellen, Lymphocyten usw. Die Gefäfswandungen sind verdickt. Nach unten geht die Entzündung in eine aseptische Nekrose über. Aufserhalb dieser befinden sich zahlreiche Blutungen. Der Geschwürsgrund zeigt dieselben Veränderungen, nur sind sie bedeutend stärker ausgeprägt. Auch findet man hier Veränderungen der Muskeln. Die Verfasser betrachten diese

Veränderungen als spezifische Wirkung des Salvarsans. Arsen wurde in einem untersuchten Stücke nicht gefunden.

5. **Über die Resorption des intramuskulär injizierten Kalomels,** von Pellier. P. hat zwei durch Kalomelinjektion hervorgerufene Knoten histologisch untersucht und dieselben Veränderungen wie nach Injektion von grauem Öl (Hämorrhagien, Granulation usw.) gefunden. Nur besteht bei letzterem das Infiltrat hauptsächlich aus polynukleären Leukocyten, die bei ersteren fast völlig fehlte. Aufserdem fand er metallisches Quecksilber, durch Reduktion des Kalomels entstanden. Die gute therapeutische Wirkung führt er auf die Feinheit der Quecksilberkügelchen zurück.

Heft 6. Juni 1911.

1. **Injektionen von grauem Öl. Histologische und histochemische Untersuchungen,** von G. Brissy. B. hat die histologischen Untersuchungen Pelliers über die Gewebsveränderungen nach Injektionen von grauem Öl nachgeprüft. Er fand wie dieser metallisches Hg und schwere endo- und exozelluläre Körnchen, die P. als Quecksilberverbindungen anspricht. B. kann sich dieser Meinung nicht anschliefsen, sondern er hält diese Körnchen für Blutpigment. Dafür spricht ihm der Umstand, dafs diese Körnchen erst extrazellulär, dann intrazellulär liegen und in älteren Stücken fehlen. Handelte es sich um Hg-Verbindungen, müfste der Prozefs progressiv, nicht regressiv sein. Das Verhalten der Körnchen gegen Erhitzung, Austrocknung und chemische Agentien ist dasselbe wie bei Haematin. Auf diese triftigen Argumente stützt er seine Hypothese von der hämatogenen Natur der Körnchen. Zum Schlusse bekämpft er noch die Ansicht von Pellier, dafs die Reduktion des Hg-Salzes ausschlaggebend für den therapeutischen Effekt sei.

2. **Erbsyphilis in der zweiten Generation. Positiver Wassermann,** von Boisseau und Prat. Geschichte einer syphilitischen Familie. Der Grofsvater väterlicherseits hatte in zwei Ehen 9 Kinder. Davon starben 3 frühzeitig, 1 mit 35 Jahren an Tuberkulose, 2 waren Mikrocephalen, 1 ist gesund, 1 hat offenkundige Zeichen der Erbsyphilis, 1 wurde abortiert. Seine zweite Frau leidet an Aortenerweiterung und Tabes. Der Vater (zweiter Sohn aus zweiter Ehe) hat hereditäre Stigmen: Ohrenflufs, Schädelassymetrien, Zahnveränderungen. Aus dessen Ehe mit einer gesunden Frau stammt 1. ein Knabe, der während der ersten Lebensjahre nie gesund war, sehr häufig Veränderungen an Gelenken und Knochen (Spontanfrakturen) darbot; bedeutende Besserung durch spezifische Behandlung, Wassermann positiv, 2. ein mikrophales Mädchen, das mit 45 Tagen starb, 3. ein Mädchen mit Opticusatrophie, Pigmentation des Augenhintergrundes und positivem Wassermann, 4. ein gesundes Mädchen (Wassermann negativ).

3. **Hautsarkomatose bei Kindern,** von W. Dubreuilh. Die Beobachtungen D.s erstrecken sich auf fünf Kinder im Alter von 2½, 6, 6½, 4 Monaten und 6 Jahren. Bei dem ersten hatte die Tumorbildung mit einem Monat begonnen und war auf dem Rücken lokalisiert. Es wurde nicht weiter beobachtet. Bei dem zweiten begann mit vier Monaten eine multiple Sarkomatose der Haut. Das Kind starb bald darauf. Das dritte Kind, das sich wohlbefindet, bekam mit vier Monaten einen Tumor auf der Oberlippe; das vierte war von disseminierten Sarkomen ergriffen und starb bald. Bei dem letzten Kinde hatte die Neubildung erst im sechsten Lebensjahre in der Schläfengegend begonnen. Auch dieses ist seinem Leiden erlegen. Histologisch präsentierten sich die Tumoren meistens als Rundzellensarkome. Literatur.

4. **Die Häufigkeit der Pelade in den verschiedenen Lebensaltern,** von R Sabouraud. In der Absicht durch genaue klinische Untersuchung und Registrierung jedes Falles Anhaltspunkte zur Klärung der dunklen Punkte in der Peladefrage zu gewinnen, hat S. vorläufig an 300 Patienten die Geschlechts- und Altersverhältnisse

erforscht. Die Pelade beginnt, nach seinen Untersuchungen, am häufigsten im sechsten bis elften Lebensjahre. Das Verhältnis des männlichen zum weiblichen Geschlechte ist 13 : 7. Während die Alterskurve für das männliche Geschlecht fast völlig mit der übereinstimmt, wo beide Geschlechter berücksichtigt sind, zeigen die Frauen eine Steigerung in der Frequenz vom 45.—50. Jahre, also in der Menopause.

5. **Über den Pruritus der Tabetiker,** von Emil Bitot. Der Juckreiz der Tabetiker ist lokalisiert (Anus usw.), hartnäckig und hat Paroxysmen, die gewöhnlich in der Nacht auftreten. Er kann von selbst auftreten, wird aber meist durch Aufregungen, Diätfehler u. a. hervorgerufen. Der Pruritus alterniert häufig mit anderen tabetischen Symptomen, besonders mit gastrischen Kreisen und lanzinierenden Schmerzen. Er ist also ein vollwertiges Symptom der Tabes und kann in jedem Stadium auftreten. Die Behandlung umfafst eine entsprechende Diät, Darmantiseptica, Diuretica, Hebung des Allgemeinzustandes und innerliche wie lokale Anaesthetica. Zwei Krankengeschichten.

Heft 7. Juli 1911.

1. **Urticaria pigmentosa,** von Enzo Bizzozero. Beschreibung eines Falles bei einem vierjährigen Knaben nebst histologischen Untersuchungen. Auf Grund der eigenen, wie der in der Literatur niedergelegten Befunde kommt Bizzozero zu dem Schlusse, dafs der Ausdruck „Mastzellentumor“ für die Einzeleffloreszenz nicht völlig gerechtfertigt ist, da auch andere Zellen (eosinophile Leukocyten usw.) gefunden werden. Die Mastzellen sind bei den Spätformen mehr disseminiert, bei den Frühformen mehr agglomeriert. Doch kann diese Erscheinung kein striktes Unterscheidungsmerkmal abgeben.

2. **Resultate mit der intravenösen Injektion von Salvarsan,** von Ch. Audry. Auf Grund seiner Erfahrungen an 146 Kranken verabreicht Au. jedem Syphilitiker 0,5—0,6 Salvarsan intravenös und wiederholt die Injektion bei primärer Syphilis oder wenn die Erscheinungen nicht schwinden nach 10—15 Tagen. Acht Tage nach der Injektion beginnt er eine chronische innerliche Quecksilberkur, eventuell kombiniert mit Jodkalium. Positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion allein betrachtet er nicht als Indikation für eine neuerliche Injektion.

3. **Die sogenannten Lungenembolien bei der Quecksilberbehandlung,** von Etienne Mallein. Der als „Quecksilbergrippe“ beschriebene Symptomenkomplex tritt 12—36 Stunden nach einer Injektion auf, und zwar entweder plötzlich oder nach gewissen Prodromen, wie Mattigkeit, Kopfschmerzen usw. Auf dem Höhepunkt der Erkrankung besteht Brustschmerz, Seitenstechen, Beklemmung, hochgradige Dyspnoe, mäfsiger Husten. Das Gesicht ist blafs, der Puls stark beschleunigt, die Zunge belegt, die Temperatur auf 38—40° erhöht. Es besteht hochgradige Prostration. Auskultatorisch sind keinerlei Veränderungen zu finden. Nach 12—24 Stunden bilden sich die Krankheitserscheinungen rasch zurück. Mallein glaubt nicht, dafs es sich hierbei um Embolien handelt, da die Symptome sehr oft langsam, progressiv, nicht plötzlich auftreten und der Zeitabstand von der Injektion zu grofs ist. Aufserdem spricht gegen Embolie der ganze Charakter der Symptome, das Fehlen auskultatorischer Phänomene und schliefslich das Vorkommen der Erkrankung nach Injektion löslicher Salze. M. spricht diese Erscheinungen daher als toxische an. Die Erkrankung ist selten und wird am besten als „Quecksilbergrippe“ bezeichnet. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 24. April 1911.

Fehler in der Technik der Salvarsaninjektionen, von Leredde. Abgesehen von den schweren Zufällen nach Salvarsaninjektion bei Tabes, Paralyse, Myocarditis usw. und abgesehen von den ungefährlichen Allgemeinerscheinungen gibt es auch lokale Reaktionen, die unmittelbar mit der Einspritzung in Zusammenhang stehen und auf technische Fehler zurückzuführen sind. Eine spezifische Lokalwirkung des Salvarsans ist noch unbewiesen. Zwecks vollkommener Asepsis sind bei den Injektionen die raschesten Methoden anzuwenden und daher bei intramuskulärer Verabreichung die Ölemulsion vorzuziehen.

Zufälle nach Salvarsan: Embolie, Thrombose, von E. Jeanselme. J. weist darauf hin, dafs es nicht angängig sei, Embolien und Thrombosen nach Salvarsaninjektionen apodiktisch auf eine spezifische Wirkung des Mittels zurückzuführen.

Pelade bei Akromegalie, von L. Jacquet und L. Rousseau-Decelle. Bei einem 20jährigen Patienten hatte im 14. Lebensjahre der Haarausfall begonnen. Im 15. Jahre begann der Riesenwuchs, wodurch die Kahlheit fast universell wurde.

Debatte über die Behandlung der Pelade mit Heifswasserduschen.

Behandlung des Primäraffektes mit perischankrösen Hektineinjektionen, von F. Balzer und Lipschitz. Die Autoren haben nach dem Vorgange Hallopeaus mehrere Patienten mit Injektionen von 0,01—0,02 Hektine um den Primäraffekt behandelt. Dieser reinigte sich rasch und heilte nach 6—10 Einspritzungen. Diese verursachten nur geringe Schmerzen und mäfsiges Ödem. Eine Abortivheilung der Syphilis ist den Autoren nicht gelungen.

Ausgedehntes papulotuberkulöses Syphilid, von F. Balzer und Garsaux. Eine 40jährige Patientin mit einer 5 Jahre alten Syphilis litt an ausgebreiteten tertiären Herden an den Extremitäten und im Gesichte. 15 Spritzen Hektine bewirkten nur eine Abflachung der Effloreszenzen, zwei Kalomelspritzen waren erfolglos. Aber nach fünf Injektionen von 0,02 Arsenphenylchlorohydroxyamin trat völlige Heilung ein.

Impetigo verrucosa, von Gaucher, Gougerot und Dubosc. Dieses Krankheitsbild beginnt unter dem Bilde der Impetigo vulgaris. Doch fällt die Kruste nicht, wie bei letzterer, bald ab, sondern bleibt bis zum 15.—20. Tage haften. Hebt man sie ab, so erscheint ein roter, zottiger, fast papillomatöser Grund. Läfst man die Kruste spontan abfallen, so bleibt ein Papillom mit blaurötlichem Grunde, tiefen Einkerbungen und Hornauflagerungen zurück. Es ähnelt vollkommen der Tuberculosis verrucosa. Doch läfst die Polymorphie und die Multiplizität der Effloreszenzen sowie die Kürze der Entwicklungsdauer das Krankheitsbild von der Tuberkulose abgrenzen. Die Behandlung besteht in Umschlägen und Kalomelsalbe. Mitteilung eines Falles.

Alte Psoriasis, Dermatitis exfoliativa generalisata, Heilung, Rückfall der Psoriasis, von Gaucher, Gougerot und Guggenheim. Ein 26jähriger Patient, der seit dem 17. Lebensjahre an Psoriasis litt, wurde plötzlich von einer universellen Dermatose befallen, deren klinische Erscheinungen zur Diagnose „Pityriasis rubra" und dementsprechend zu einer ungünstigen Prognose zwangen. Doch trat unter Salbenbehandlung in $1^1/_2$ Monaten Heilung ein. Die Diagnose wurde daher in „Dermatitis exfoliativa" umgeändert.

Schwarzes papulöses Syphilid, von Gaucher, Gougerot und Guggenheim. Ein 22jähriger Patient, der vor neun Monaten Syphilis akquiriert hatte, zeigte ein Rezidivexanthem, das aus disseminierten braunschwarzen Flecken und Knötchen bestand. Diese Hyperpigmentation bestand von Anbeginn der Eruption. Nach Heilung

des Exanthems blieben die Pigmentflecke zurück. Betreffs der Ätiologie erörtern die Autoren zwei Hypothesen: einerseits könnte es sich um eine syphilitische Affektion der Nebennieren handeln, andererseits kann eine bestehende Unregelmäfsigkeit der Pigmentationsvorgänge überhaupt angenommen werden, da sich bei dem Kranken zwei Vitiligoflecke fanden.

Akquirierte Syphilis bei Leuten mit Zeichen hereditärer Syphilis, von Gaucher, Gougerot und Guggenheim. Ein sechsjähriges Mädchen mit Gesichtsasymmetrie, Nasen- und Zahnveränderungen hat einen Primäraffekt und Roseola.

Eine 23jährige Frau mit sekundärer Syphilis hat Zahnveränderungen und Reste einer parenchymatösen Keratitis.

Behandlung der Staphylokokkenerkrankungen der Haut durch Vaccine nach Wright, von Renaud-Badet. Verfasser hat Fälle von Gesichtsakne, Keloidakne des Nackens, Impetigo, Furunkulose und Sykosis mit einer aus den Staphylokokken des betreffenden Patienten gewonnenen Vaccine behandelt. Die wöchentlich wiederholte Dosis betrug 100—600 Millionen Staphylokokken. Die Resultate waren sehr zufriedenstellend.

Behandlung hartnäckiger Beingeschwüre mit radioaktivem Schlamm, von Octave Claude und Lévy-Franckel. Die Autoren behandelten lange bestehende Ulcera verrucosa mit Umschlägen von radioaktivem Schlamm, die jeden zweiten bis dritten Tag gewechselt wurden. Nach vier bis fünf Tagen begann die Heilung, die in mehreren Fällen in zwei bis vier Wochen vollendet war.

Untersuchungen über die Giftigkeit des Quecksilberbenzoats, von Gaucher, Plurin und Desmoulière. Die Autoren haben Kaninchen Quecksilberbenzoat in Lösung mit Kochsalz und mit Ammoniumbenzoat intramuskulär und intravenös injiziert. Sie fanden, dafs die Benzoate weniger giftig sind als Sublimat und die Lösung in Kochsalz weniger giftig als die andere. Aufserdem ist diese sehr schwierig herzustellen und bedeutend schmerzhafter. Die Lösung in Kochsalz dagegen bewirkt äufserst rasche Resorption. Der Zusatz von Kokain ist wegen der Allgemeinerscheinungen nicht zu empfehlen.

Behandlung der Syphilis mit subcutaner Injektion saurer Salvarsanlösung, von Troisfontaines. Verfasser kommt zu dem Schlusse, dafs die subcutanen Injektionen saurer Lösungen dieselben, wenn nicht bessere Resultate wie die intravenösen Infusionen geben. Die Nebenwirkungen (Gangrän usw.) achtet er gering.

Einfacher Apparat zur intravenösen Salvarsaninjektion, von Lévy-Bing. Der Apparat hat getrennte Behälter für Salvarsan und für Kochsalz.

Apparat zur intravenösen Salvarsaninjektion, von Leredde. Dem obigen analog.

Sitzung vom 4. Mai 1911.

Apparat zur intravenösen Salvarsaninjektion, von Milian. Nichts Besonderes.

Apparat zur intravenösen Injektion von Arsenpräparaten, von Balzer. Ein Apparat mit zwei Irrigatoren. Durch eine in der Nadel befindliche Troikart-Kanüle soll das Durchbohren der gegenüberliegenden Venenwand unmöglich sein.

Acrémoniose, von H. Gougerot. Ein Winzer erkrankte unter Fieber, Durchfällen, bronchitischen Erscheinungen, so dafs die Diagnose auf Sepsis gestellt wurde. Drei Wochen später traten zahlreiche Muskelknoten und noch einige Wochen später eine rechtsseitige Gonarthritis auf. Kulturell wurde von Potron und Noisette „Acremonium Potronii Vuillemin“ gefunden. Auf Jodbehandlung trat rapide Besserung ein. Da der Kranke das Jod zu früh aussetzte, traten noch zwei Rezidive in Form einer Bronchopneumonie und einer Osteomyelitis auf.

Neue photographische Methode zur Erhaltung medizinischer Dokumente, von Belot und Schaller. Beschreibung eines Apparates.

Abortivbehandlung der Syphilis, von Leredde. L. wendet sich gegen den Mifsbrauch, der mit dem Worte Abortivbehandlung getrieben wird.

Hereditär-syphilitische Ulceration des rechten oberen Augenlides, von Gaucher, Gougerot und Dubosc. Bei einer 19jährigen Patientin war vor zwei Jahren ein Ulcus des rechten oberen Augenlides aufgetreten, das als Lupus diagnostiziert und behandelt wurde, doch stets weitergriff, so dafs das ganze Lid zerstört wurde. Die Autoren fanden hereditär-syphilitische Stigmen wie Sattelnase, Zahnveränderungen usw. Wassermann positiv. Durch Hg-Behandlung rasche Heilung.

Multiple Hautkrebse und Dickdarmkrebs, von Gaucher, Gougerot und Georges Lévi-Franckel. Eine 75jährige Patientin hatte im Gesicht und auf den Händen zahlreiche Plattenepithelkrebse, die auf Radium gut heilten. Einer, der auf die Nasenschleimhaut übergegriffen hatte, blieb resistent. Gleichzeitig fanden sich Übergänge von der Greisenwarze zum Epitheliom. Die Kranke starb an Dickdarmkrebs.

Keloidnarben nach Frostbeulen, von Gougerot und Georges Lévi-Franckel. Eine Patientin litt an rezidivierenden Frostbeulen. Einmal ulcerierten zwei am Fufsrücken und heilten mit Keloidbildung ab. Die Ursache hierfür sehen die Autoren in der skrophulo-lymphatischen Konstitution der Kranken.

Psoriasis und Gelenkveränderungen, von Balzer und Burnier. Zwei Fälle, bei denen im Verlaufe einer Psoriasis chronisch-progressive Veränderungen an den kleinen Gelenken der Hände und Füfse auftraten, die zu hochgradigen Deformitäten führten. Während im ersten Falle radiologisch Knochenveränderungen (Knochenschwund und -neubildung), sowie knöcherne Ankylosen zu konstatieren sind, hat die Affektion im zweiten Falle mehr das Bindegewebe und die Sehnen ergriffen, so dafs die Gelenke nicht versteift sind. Die Autoren erörtern die verschiedenen Hypothesen über die psoriatischen Gelenkveränderungen und neigen am meisten der Infektionstheorie zu. Die Annahme von Poncet, der einer tuberkulösen Infektion eine konkurrierende Ursache zuschreibt, erscheint ihnen nicht unwahrscheinlich, zumal im zweiten Falle Tuberkulose vorhanden war.

Psoriasis und Gelenkveränderungen, von Jeanselme. J. bringt die Röntgenbilder von einem Patienten mit psoriatischer Arthritis. Es zeigt sich Knochenschwund an den Epiphysen und knöcherne Ankylose. Poncet diskutiert den ersten Fall von Balzer und kommt auch bei ihm zum Schlusse einer tuberkulösen Ätiologie der Arthropathie. Milian hat bei sechs Psoriatikern fünfmal positive Tuberkulinreaktion erhalten und bei einem Nicht-Psoriatiker auf Tuberkulin ein psoriasiformes Exanthem.

Jacquet hat bei der Sektion einer psoriatischen Arthropathie myelitische Veränderungen vorgefunden.

Purpura mit Blutung im Grofs- und Kleinhirn, von Balzer und Burnier. Ein 24jähriger Patient mit schwerer Purpura, die mit Blutungen aus dem Munde und den Nieren verbunden war, starb plötzlich nach stärkerer Bewegung. Als Ursache ergab sich ein grofser Bluterguſs im rechten Seitenventrikel und ein kleiner im linken. Die rechte Kleinhirnhemisphäre war von einer Blutung teilweise zerstört. Solch schwere Gehirnerscheinungen sind im Verlaufe der Purpura selten. Meist handelt es sich nur um kleine Blutungen im Gehirne und in den Meningen.

Lichen planus im Munde bei einem Kinde, von Sainton und Burnier. Ein sechsjähriger Knabe zeigt auf dem Zungenrücken zahlreiche mattweifse, stecknadelkopf- bis linsengrofse, runde oder ovale, leicht erhabene Effloreszenzen. Auf der Schleimhaut der Wangen, Lippen und des Gaumens sind punktförmige gleiche Knötchen, die zu reteartigan Gebilden zusammentreten.

Abortivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Milian. M. hat gefunden, dafs Salvarsan zwar nicht immer die Syphilis abortiv heilen kann, dafs es dies aber eher tut als Quecksilber.

Sitzung vom 1. Juni 1911.

Vorübergehende Augennebel nach Hektine, von H. Hallopeau und François Dainville. Ein Patient mit Primäraffekt erhielt Injektionen von Hektine. Nach der 17. Spritze hatte er abends einen Schleier vor den Augen, so dafs er nicht lesen und nur undeutlich die Umgebung erkennen konnte. Am nächsten Morgen waren die Beschwerden verschwunden, erneuerten sich aber nach einer weiteren Injektion.

Zufälle bei intravenösen Salvarsaninjektionen, von Leredde. L. hatte bei drei Patienten nach einer intravenösen Salvarsanzufuhr folgende Erscheinungen gesehen: allgemeine Rötung, Schwindel, Atemnot, Beklemmungen, dann Blässe, kleiner Puls, Erbrechen. Beim dritten trat noch eine Anschwellung des ganzen Gesichts und der Zunge hinzu. Die Erscheinungen gingen alle in kurzer Zeit vorbei. L. bezieht sie auf ungenügende Alkaleszenz der Lösung. Diskussion.

Primäre Hautaktinomykose im Gesichte, von Gaucher, Gougerol und Lévi-Franckel. Ein 41jähriger Patient hatte auf der linken Wange einen erhabenen, blauroten, von Eiterfisteln durchsetzten Herd. Heilung durch Jod.

Ulcerierte Knoten der Zunge und Oberlippe zweifellos tuberkulöser Natur, von Gaucher, Gougerot und Croissant. Ein Patient mit den genannten Erscheinungen hatte positiven Wassermann und wurde merkuriell behandelt, doch ohne Erfolg. Die histologische Untersuchung ergab tuberkuloide Struktur.

Vorübergehendes Delirium nach intravenöser Salvarsaninjektion, von Gaucher, Gougerot und Thibaut. Eine 22jährige Kranke bekam 7 Stunden nach der Infusion von 0,3 Salvarsan Jaktationen, sprach verwirrt und sah rote Männer. Am nächsten Morgen waren die Erscheinungen verschwunden.

Raynaudsche Krankheit auf syphilitischer Grundlage, von Gaucher, Octave Claude und Croissant. Ein Patient bekam einen Monat nach Auftreten eines Primäraffektes Ameisenlaufen in den Fingern, wozu sich die Erscheinungen der Akroasphyxie gesellten. Eine Hg-Kur brachte Heilung. Es dürfte sich um ein frühzeitiges Sekundärsymptom in Form einer Arteriitis handeln.

Drei Todesfälle nach Salvarsan, von Ravaut. Keiner dieser Fälle kann als direkte Wirkung des Salvarsans aufgefafst werden. Beim ersten handelte es sich um Verschlimmerung einer schweren syphilitischen Nephritis, beim zweiten um Urämie und der dritte starb an einem Zungencarcinom.

Hauterkrankungen im Verlauf der Schlafkrankheit, von Gastou. In der Periode der Fieberattacken und der nervösen Erscheinungen treten bei der Schlafkrankheit Hautveränderungen auf. Diese gleichen völlig den Syphiliden und sind erythematös, papulös, ulcerös usw. In den Effloreszenzen können Trypanosomen nicht nachgewiesen werden, nur im Blute und im Liquor cerebrospinalis.

Venenveränderungen nach intravenöser Salvarsaninjektion, von Balzer und Martingay. Die Autoren sahen in einigen Fällen, dafs fünf bis sechs Tage nach einer intravenösen Salvarsaninjektion die betreffende Vene sich in einen derben, indolenten, undurchgängigen Strang verwandelte. Es handelt sich hierbei, wie Audry gezeigt hat, um Thrombose im Anschlufs an den Verlust des Endothels. Phlebitis und Periphlebitis entstehen nur, wenn Salvarsan neben die Vene gekommen ist. Die Ursache dieser Veränderung ist Hyperalkaleszenz der Lösung. Angabe eines neuen Bereitungsverfahrens.

Lichen scrophulosorum, von Balzer und Pousin. Fall von weitausgedehntem Lichen scrophulosorum, der zuerst für Syphilis gehalten und mit Salvarsan behandelt wurde.

Erythrokeratodermia verrucosa, von DARIER. Ein 31jähriger Mann hatte auf den Extremitäten und dem gröfsten Teile des Stammes ausgedehnte rote, papillomatöse, hyperkeratotische Herde. Auf Grund klinischer Erwägungen und der histologischen Untersuchung trennt D. den Fall von der Ichthyosis ab und setzt ihn ein als Erythrokeratodermia verrucosa in Beziehung zur Erythrodermia ichthyosiformis und den Naevi verrucosi. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.
Dermatological Section.
Sitzung vom 20. April 1911.
Bd. IV, Nr. 7.

Fall von Cheilitis exfoliativa, von H. DAVIS. Betraf eine 18jährige Kellnerin, die über einige seborrhoische Stellen im Gesicht und eine starke Seborrhoea capitis nebenbei zu klagen hatte.

Fall von funktionellem, hysterischem Trophödem, von E. G. FEARNSIDES. Es handelte sich um einen 16jährigen Lehrling in einem Kolonialwarengeschäft, welcher sich versehentlich bei der Arbeit einen Drahtnagel in die Hand eingestofsen hatte. Am Abend desselben Tages klagte er über Lähmung der ganzen Hand, und am folgenden Tage war der Daumen stark geschwollen. Unter Behandlung im Krankenhaus verging die Schwellung und die kleine Stichwunde heilte glatt aus. Seitdem ist die Hand im Laufe der Zeit, nunmehr fünf Monate, wiederholt ödematös angeschwollen gewesen; die Nägel zeigten Unebenheiten und die Haut der Hand war vielfach rot und glänzend. Am weichen Gaumen wurde ausgesprochene hysterische Anästhesie konstatiert. Zurzeit wird die Hand mit Gipsverbänden behandelt, wobei der Zustand sich zu bessern scheint.

Herpes zoster bei einem 50jährigen Manne, von E. G. G. LITTLE. Die sehr intensive Affektion mit mehreren hämorrhagischen Bläschen hatte die ganze linke Stirnseite und die behaarte Kopfhaut ergriffen. Linkerseits waren beide Augenlider enorm ödematös geschwollen und auch das rechte untere Lid war aufgetrieben.

Fall von Erythema ab igne, von E. G. G. LITTLE. Bei einem anämischen, kränklich aussehenden Knaben von 13 Jahren fand sich an beiden Unterschenkeln vom Knie abwärts eine ausgedehnte, mit Lücken durchsetzte Pigmentierung, die dadurch entstanden sein soll, dafs der Knabe während der letzten drei Wochen dicht am offenen Kaminfeuer zu sitzen pflegte. Auch die Handrücken zeigen ähnliche Veränderungen.

Fall zum Diagnostizieren, von J. M. H. MACLEOD. Eine 50jährige, etwas zarte, aber sonst gesunde Frau, in der Jugend mit tuberkulösen Halsdrüsenschwellungen behaftet, bietet seit sieben Jahren am Gesicht platte, rundliche oder ovale Verdickungen unter und in der Haut, welche zeitweilig am ehesten als etwas abnormer Lupus erythematosus zu deuten waren, aber auch an eine von WENDE als knotenförmige Tuberkulose des Hypoderms beschriebene Affektion und auch an Erythema induratum erinnerten.

Fall von akutem Lupus erythematosus, von J. H. SEQUEIRA. Die Affektion hat sich in typischer Schmetterlingsform an Wangen und Nase bei dem 17jährigen Mädchen entwickelt und auch die Ohrläppchen und Handrücken weisen einige Läsionen auf. S. betont, dafs seiner Erfahrung nach es sich in solchen Fällen von akutem Lupus erythematosus stets um Mädchen oder junge Frauen handelt.

Fall von Lichen scrophulosorum mit Vortäuschung von Psoriasis, von F. P. WEBER. Der am Rumpfe lokalisierte Ausschlag bei dem fünfjährigen Knaben

der im übrigen an tuberkulösen Lymphdrüsen litt, bot bei der Vorstellung noch Ähnlichkeit mit Psoriasis dar.

Kulturen von Trichophyton roseum und ektothrix, sowie Präparat von Trichophytoninfektion, von A. Whitfield. Das Präparat war eine Portion von verhornten Schichten der Zehen, wobei eine Trichophytoninfektion als ätiologisches Moment wirksam war.

Fall von Angiokeratom, von A. W. Williams. Die Läsionen waren, in charakteristischer Weise entwickelt, auf den einen kleinen Finger bei dem 17jährigen Mädchen beschränkt.

Fall zum Diagnostizieren, von A. W. Williams. Es handelte sich bei dem fünfjährigen Knaben wahrscheinlich um Lupus vulgaris an der Wange, aber man konnte auch an Adenoma sebaceum denken.

Ein Fall von sehr ausgedehntem Lupus vulgaris bei einer älteren Frau, von A. W. Williams. Fast das ganze Gesicht und die Hälfte der Kopfschwarte waren befallen; ein grofser Teil des affizierten Gebietes scheint spontan zur Vernarbung gelangt zu sein.

Sitzung vom 18. Mai 1911.

Bd. IV, Nr. 8.

Grofser, vaskularisierter Pigmentnaevus bei einem zehnjährigen Mädchen, von H. G. Adamson. Die ganze Lendengegend war von der 19 cm in der Länge und 14,5 cm in der Breite messenden Läsion eingenommen. Bei der Geburt war die Affektion als eine schon ziemlich grofse schwarze Mole vorhanden gewesen. Die histologische Untersuchung ergab obige Diagnose.

Pityriasis rubra pilaris bei einem fünfjährigen Mädchen, von H. G. Adamson. Die Affektion war neun Monate zuvor entstanden und bot damals Läsionen dar, die eher als Psoriasis follicularis zu deuten waren. Zurzeit ist die Affektion fast universell.

Ein Fall von Sporotrichosis, von H. G. Adamson. Es handelte sich um eine ganz typische, in Brasilien akquirierte Affektion.

Ausgedehnter Lupus erythematosus im Verein mit symmetrischer Gangrän bei einem 49jährigen Manne, von G. W. Dawson.

Fall von fibromatösen Tumoren bei einem 55jährigen Manne, von G. W. Dawson. Die Läsionen waren schon vor 35 Jahren zuerst hervorgetreten, waren in grofser Anzahl vorhanden und erreichten teilweise die Gröfse einer Wallnufs.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von G. W. Dawson. Bei der 53jährigen Patientin war es strittig, ob man „Pseudopelade" oder Alopecia areata annehmen sollte.

Fall von Leukoderma syphiliticum, von E. G. G. Little. Als eine grofse Seltenheit wird dieser Fall von syphilitischem Leukoderma bei einem Manne vorgestellt. Es wird dazu bemerkt, dafs der Patient einen etwas weiblichen Habitus im allgemeinen darbietet.

Makulöse Urticaria pigmentosa bei einem Säugling, von E. G. G. Little.

?Urticaria pigmentosa bei einem Erwachsenen, von E. G. G. Little. Es handelte sich um ein 22jähriges Mädchen, das zweierlei Läsionen darbot, einmal eine diffuse hellbraune Pigmentierung der Haut und zweitens kleine, etwa 1/2 cm grofse Knötchen in grofser Zahl, die als Urticaria gelten können. Über Juckreiz wurde nicht geklagt.

Fall von sykosiformem Syphilid, von G. N. Meachen. Am Kinn, Hals, an der Augenbrauengegend und der Oberlippe sah man bei dem 38jährigen Patienten zahlreiche papillomatöse Wucherungen, welche kaum als frambösieartig, sondern eher als sykosiform zu bezeichnen waren. Die Wassermannsche Reaktion war stark positiv.

Akuter Lupus erythematosus bei einem 21jährigen Mädchen, von M. Morris und S. E. Dore. Bei dem im allgemeinen gesunden Mädchen hat die seit etwa drei Monaten bestehende Affektion namentlich das Gesicht, die Hände und Füſse ergriffen.

Ausgedehnte Narbenbildung und Pustelausschlag nach Scindeschen Geschwüren, von M. Morris und S. E. Dore. Der 69jährige Patient hatte in Afghanistan zahllose Scinde-Geschwüre akquiriert (1882) und die jetzigen Läsionen stellen sich als ein pustulöses Ekzem zweifehaften Charakters an den Unterschenkeln dar. Die Wassermannsche Probe hat ein positives Resultat geliefert.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von M. Morris und S. E. Dore. Wahrscheinlich ist der Fall als Erythrodermie zu diagnostizieren.

Tylosis bei einer Frau von 49 Jahren, von M. Morris und S. E. Dore. An den Handtellern und Fuſssohlen war eine stark entwickelte, als kongenital bezeichnete Verdickung des Derma mit einem deutlich ausgeprägten erythematösen Rande vorhanden.

Eine farbige Abbildung von Lupus erythematosus nodularis, von G. Pernet.

Zwei Fälle von Lepra, von J. H. Sequeira. Bei dem einen der beiden recht deutlich ausgeprägten Fälle fiel die Wassermann-Reaktion positiv bei dem anderen negativ aus.

Eine Serie von Trichophytonkulturen von ekzematoider Trichophytie der Hände und Füſse, von A. Whitfield. W. demonstrierte vier Kulturen (Endothrix), die von verschiedenen Fällen gewonnen waren und alle genau gleiche Eigenschaften darboten; ferner wurde eine Kultur von Sabouraudschem Epidermophyton inguinale zum Vergleiche vorgeführt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Actas dermo-sifiliograficas.

3. Jahrgang. Nr. 1. Oktober-November 1910.

Verhandlungen der spanischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiliographie von Oktober und November 1910.

Ein Fall von Syphilis d'emblée, von J. S. Covisa. Ein Arzt bekommt luetische Erscheinungen, die in Angina, Polyadenitis und Alopecie bestehen. Ein Jahr vorher hatte er eine Blennorrhoe, aber ein Primäraffekt war nie vorhanden. C. hält den Fall infolge der Vertrauenswürdigkeit des sich gut beobachtenden Patienten für einen sicheren Fall von „Syphilis d'emblée".

Die lokale Wirkung der Schwefelwässer beim Ekzem, von M. Manzaneque. Eine Besprechung der verschiedenen Schwefelbäder Spaniens und deren Indikationen bei den verschiedenen Ekzemformen.

Ein Fall von symmetrischem Lupus erythematosus discoides mit Kohlensäureschnee behandelt, von J. Nonell und M. Serrano. Die Autoren hatten damit einen ausgezeichneten ästhetischen und kurativen Erfolg.

Ein Fall von Präputialstein, von Peyré. Der 12 g schwere Stein bestand aus phosphorsaurem Kalk und organischer Substanz.

Die Injektionen von reinstem metallischem Quecksilber in der Behandlung der Syphilis, von Serrano und Sainz de Aja. Die Arbeit ist bereits referiert worden.

Hereditäre Lues: Hautgummen, von J. S. Covisa. Nichts Besonderes.

Die Lokalanästhesie bei den Penisoperationen, von Serrano und Sainz de Aja. Nichts Neues.

Beiträge zum klinischen und histologischen Studium der allgemeinen und lokalen Therapie der Syphilis, von Peyri. Als Abortivbehandlung macht P. neben

der Extirpation der Sklerose 12 bis 16 Kalomelinjektionen von 5 cg. Als Ort der Wahl für alle Injektionen, lösliche und unlösliche, empfiehlt er die Lumbalgegend. Dieselben sollen senkrecht gemacht werden, ohne dafs man sich um die Tiefe des Einstichs kümmert, in vertikalen Serien 4 und 7 cm rechts und links von den Processus spinales. Des weiteren gibt der Verfasser das Resultat seiner histochemischen Untersuchungen von intramuskulären Injektionen unlöslicher Salze wieder.

Nr. 2. Dezember 1910 bis Januar 1911.

Das ganze Heft ist dem Salvarsan gewidmet. Den gröfsten Teil desselben nimmt eine umfangreiche klinische Arbeit über das Salvarsan von Azúa ein.

Gunsett-Strafsburg.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

Bd. XIII. Nr. 150. Juni 1911.

Bemerkungen über die Syphilis palmaris en nappe, von Umbert-Barcelona. Die Affektion, welche der Verfasser als besondere selbständige Krankheitsform anerkannt wissen möchte, ist charakterisiert durch folgende Eigentümlichkeiten: Sie tritt nach Ablauf der Sekundärperiode auf, ist unsymmetrisch, befällt die ganze Oberfläche der Palma manus, ist von vornherein trocken, geht nie auf das Dorsum über und ist aufserordentlich hartnäckig.

Nr. 151. Juli 1911.

Die Rezidive bei der Syphilis, von Juan Barcia Caballero. Der Artikel enthält keine neuen Tatsachen.

Nr. 152. August 1911.

300 intravenöse Salvarsaninjektionen, von Pablo Umbert. Keine neuen Tatsachen.

Die Heredosyphilis, von Patricio Borobio Diaz. Eine statistische Arbeit.

Gunsett-Strafsburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1911. Band I, Heft 7.

1. **Chirurgische Mittel zur Feststellung des Zustandes der Nieren, wenn Uretherenkatheterismus und Separation versagen,** von Rochet-Lyon.

2. **Behandlung der blennorrhoischen Urethritiden.** Klinische Vorträge von B. Motz. Die Abortivbehandlung der Harnröhrenblennorrhoe bietet nach M. nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn höchstens sechs Tage seit der Infektion verflossen sind, die Harnröhrenmündung weder rot noch geschwollen, die Sekretion nicht übermäfsig stark, die Sensibilität des Harnröhrenkanals nahezu normal, die zweite Harnportion vollständig klar ist und seit der Infektion kein geschlechtlicher Verkehr mehr stattgefunden hat. M. beschränkt sich bei der Abortivbehandlung der Harnröhrenblennorrhoe nicht auf Spülung des vorderen Harnröhrenteils, sondern nimmt schon vom zweiten Tage an die ganze Urethra in Angriff. Am ersten Tage werden 3—4 ccm einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung in die Pars anterior eingespritzt, die Flüssigkeit soll zwei Minuten in der Harnröhre bleiben; zwölf Stunden später folgt eine Spülung der Pars anterior mit 1‰iger Kaliumpermanganatlösung. Am zweiten bis vierten Tage wird morgens die Pars anterior mit $^1/_2$‰iger und abends nach Kokainisierung der Schleimhaut die ganze Urethra mit $^1/_2$—$^1/_3$‰iger Kaliumpermanganatlösung, vom fünften Tage an die ganze Harnröhre täglich einmal, oder wenn noch Gonokokken

vorhanden sind, täglich zweimal mit der gleichen oder einer etwas schwächeren Lösung ausgespült. Das wird fortgesetzt, bis die Sekretion aufgehört hat und die ersten Tropfen Harn klar geworden sind. Wenn bei wiederholten Untersuchungen keine Gonokokken mehr gefunden werden, die ersten Tropfen Harn aber trüb bleiben, wird die Behandlung für zwei bis drei Tage ganz ausgesetzt; wenn auch dann keine Gonokokken mehr vorhanden sind, wird ein bis zweimal 2%ige Argentum nitricum-Lösung in die Pars anterior injiziert. In manchen Fällen spritzt M. in jeder Sitzung nach der Spülung mit Kaliumpermanganat 2—5%ige Protargollösung ein, die zwei bis drei Minuten in der Harnröhre bleiben soll. Komplikationen, im besonderen Epididymitis und Prostatitis kommen bei der Abortivbehandlung nicht vor, wenn der Patient nicht schwere Fehler macht. Leichte Blutungen, die bisweilen beobachtet werden, haben keine Bedeutung; die manchmal auftretenden Cystitiden gehen rasch wieder zurück, wenn nach den Spülungen 2%ige Argentum nitricum-Lösung in den Blasenhals und in die Urethra posterior injiziert wird. Die Dauer der Behandlung beträgt im Durchschnitt zwei bis drei Wochen, die Resultate sind sehr gut.

Die akute Harnröhrenblennorrhoe, die sich für die Abortivtherapie nicht eignet, behandelt M. mit Janetschen Spülungen; er verwendet dazu im ersten Stadium an Stelle des Kalium permanganicum, das die Sekretion der urethralen Drüsen steigert und den Gonokokken das Eindringen in die infolge der vermehrten Sekretion der erweiterten Drüsenausführungsgänge erleichtert, eine Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum 1 : 3000 oder Protargol 1 : 500. Daneben gibt er, wenn die Pars posterior bereits erkrankt ist, Urotropin und entleert jeden zweiten Tag durch Druck das Sekret der Prostata und der Samenblasen, wenn diese schon infiziert sind. Sobald die Sekretion der Harnröhrenschleimhaut geringer geworden ist, werden die Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung 1 : 3000—2000 fortgesetzt. In hyperakuten Fällen muſs mit dem Beginn der lokalen Behandlung zugewartet werden, bis die heftigsten Entzündungserscheinungen zurückgegangen sind.

Wenn nach einer groſsen Zahl von Spülungen die Gonokokken persistieren und der Ausfluſs nach Aussetzen der Behandlung rasch wiederkommt, dann liegt eine Infektion der urethralen Drüsen vor, die als die hauptsächlichste Ursache der chronischen blennorrhoischen Urethritis anzusehen ist. M. hat schon wiederholt darauf hingewiesen, daſs dabei besonders die Drüsen des vorderen Harnröhrenschnittes und namentlich der oberen Wand in Frage kommen; die Behandlung, die er in solchen Fällen übt — Massage über einem in die Urethra eingeführten Bougie —, ist aus seinen früheren Veröffentlichungen bekannt.

3. **Harnröhrenverengerung in der Mitte der Regio perinealis verursacht durch eine circumscripte Sklerose des Corpus spongiosum,** von Henri Pied-Argenteuil. Bei einem 46jährigen Manne waren im Anschluſs an die Operation einer durch eitrige Thyreoiditis verursachten Halsphlegmone, nachdem die Temperatur bereits zur Norm herabgefallen war, begleitet von eintägigem Fieber und Allgemeinerscheinungen, Harnbeschwerden, Erschwerung und Schmerzhaftigkeit der Miktionen, aufgetreten, die mit geringen Schwankungen andauerten. Drei Wochen nach ihrem Beginn entstand eine perineale Harninfiltration, die sofort inzidiert wurde; bei der Einführung eines Verweilkatheters zeigte sich, daſs die Urethra in der Mitte des perinealen Teiles verengt war. Als der Kranke 14 Tage später den Katheter bei der Defäkation herauspreſste, erfolgte ein Schüttelfrost und Temperatursteigerung; bei der darauf vorgenommenen Urethrotomia externa fand sich eine circumscripte, die Harnröhre ringförmig komprimierende Sklerose des Corpus spongiosum, darüber war die Harnröhre dilatiert und hier lieſsen sich auch die Spuren der vorausgegangenen, aber bereits wieder verschlossenen Harnröhrenruptur feststellen. Der Ring wurde durch-

schnitten, das Gewebe unter sorgfältiger Schonung der Urethra vernäht; der Kranke genas vollständig. — Der Mann hatte vor 20 Jahren einen Harnröhrenausflufs von vierwöchentlicher Dauer, bis zu der beschriebenen Erkrankung aber niemals Harnbeschwerden irgendwelcher Art gehabt. P. glaubt nicht, dafs die Sklerose des Corpus spongiosum auf diesen Ausflufs zurückzuführen ist; vielleicht war sie bedingt durch einen septischen aus der Schilddrüse stammenden Embolus.

4. **Die innere Sekretion der Prostata,** von N. Serrallach- und Martin Parès-Barcelona. Die Verfasser haben in verschiedenen Publikationen die auf experimentellen Untersuchungen und klinischen Beobachtungen fufsende Überzeugung ausgesprochen; dafs die innere Sekretion der Prostata die Spermatogenese anregt, ihr Aufhören aber die Bildung der Spermatozoen zum Stillstand bringt. Wenn nach Prostatektomien doch noch Spermatozoen produziert werden, so ist das deswegen möglich, weil auch bei den sogenannten totalen Prostatektomien nicht die ganze Prostata entfernt wird; auch bei Hunden gelang bis jetzt eine totale Prostatektomie im eigentlichen Sinne nicht. Von prostatektomierten Hunden werden in den ersten Monaten nach der Operation keine Zoospermen zutage gefördert; wurde dagegen vor der Operation Prostatagewebe unter die Haut eingenäht oder nach der Operation Prostatin innerlich gegeben, dann wurden schon in den ersten Tagen nach der Prostatektomie Spermatozoen entleert. Ein weiterer Beweis für die Wirkung des inneren Prostatasekrets auf die sexuelle Funktion ist die Tatsache, dafs Glycerinextrakt der Prostata intravenös injiziert eine Erweiterung der Gefäfse des Hodens und spontanen Ausflufs von Sperma aus dem am Nebenhoden durchschnittenen Vas deferens zur Folge hatte. Das Serum eines Hammels, dem Saft einer Hundeprostata injiziert worden war, erwies sich bei Hunden als prostatotoxisch: normalen Hunden eingespritzt verursachte dieses Serum vollständige Atrophie der Prostata und der Hoden. Neuerdings gelang den Verfassern bei Hunden eine wirkliche totale Entfernung der Prostata; sie verursachte Atrophie der Hoden und vollständige Aufhebung der Spermatogenese. — Von zwei gleichartigen, zwei Monate alten Hunden erhielt der eine fünf Wochen hindurch täglich mit kurzen Zwischenpausen 1—15 Tropfen Prostatin; er wurde während dieser Zeit magerer, lebhafter und wesentlich intelligenter als der Kontrollhund, und als nach Ablauf der fünf Wochen beiden Tieren je ein Hoden entfernt wurde, zeigte sich, dafs der Hoden des Hundes, der Prostatin bekommen hatte, stark hyperämisch war und aufserordentlich zahlreiche Spermatocyten enthielt, während sich in dem blutarmen Hoden des Kontrollhundes fast gar keine Spermatocyten fanden. Auch der Ausfall dieses Versuches beweist, dafs die innere Sekretion der Prostata die Funktion der Hoden fördert.

Heft 8.

1. **Über die Inversion der Harnblase,** von Dervaux-Saint-Omer. Beschreibung eines Falles von totaler Umstülpung der Harnblase bei einem 15 Monate alten Mädchen, das seit drei Wochen einen schweren Keuchhusten hatte. Die invertierte Blase bildete vor der äufseren Harnröhrenmündung einen rundlichen, über kirschgrofsen Tumor, an dem sowohl spontan wie bei Berührung und beim Schreien des Kindes deutliche Kontraktionen auftraten; die Schleimhaut war exfoliiert, der Harn lief permanent ab. Die Reposition wurde in Chloroformnarkose vorgenommen; da die hintere Wand der dilatierten Urethra stark verdünnt war, wurde sie gefaltet und die Duplikatur durch zwei Nähte fixiert. Der Erfolg war vollständig und dauernd.

In der Pathogenese der Umstülpung der Harnblase, die nur beim weiblichen Geschlecht und vorzugsweise bei jugendlichen Individuum beobachtet wird, kommen als ursächliche Momente in Betracht: Anstrengungen, und zwar weniger Anstrengungen der Harnblase als Anstrengungen des Abdomens (Schreien, Fall, Hustenstöfse), Ver-

änderungen des Verhältnisses der hinteren oberen Blasenwand zur Lage der inneren Harnröhrenöffnung oder zur Richtung der Urethra bei leerer Blase, Vergröfserung der Blasenhöhle und Schlaffheit der Blase, Erschlaffung der Verbindungen der Blase mit den benachbarten Organen, Erschlaffung des Perineums, Erweiterung der inneren Harnröhrenöffnung, Dilatierung der Urethra. Die Symptome sind je nach dem Grade der Inversion verschieden. Die ersten Grade, die wahrscheinlich gar nicht selten sind, verursachen Harnretention, plötzliche Unterbrechung des Harnstrahls, Vermehrung der Miktionen, leichte Schmerzen, Vergröfserung der Blase, also keine sehr charakteristischen Erscheinungen. Bei der totalen Umstülpung, die sich gewöhnlich ganz plötzlich, zuweilen aber auch im Verlaufe mehrerer Tage entwickelt, besteht manchmal Harnretention, gewöhnlich aber Inkontinenz. — Die Prognose ist im allgemeinen gut. Die Reposition gelingt in Narkose wohl immer, wenn sie auch manchmal recht schwierig ist; wenn die Urethra dilatiert und ihre Wandung sehr schlaff und dünn ist, mufs eine Urethroplastik, in manchen Fällen, wenn eine dauernde Neigung der Blase zur Inversion besteht, eine Cystoraphie oder eine partielle Cystektomie mit oder ohne Fixation des Organs angefügt werden.

2. **Ein seltener Fall von Anomalie der Niere,** von Maurice Gérard-Lille.

3. **Die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus in den Fällen von Verdoppelung des Ureters,** von O. Pasteau. Die Cystoskopie gibt bei Verdoppelung des Ureters wie in normalen Fällen lediglich Aufschlufs über das Aussehen der Ureterenmündungen, den Rhythmus der Harnejakulationen und die makroskopische Beschaffenheit des ausgeschiedenen Urins. Die Katheterisierung eines verdoppelten Ureters zeigt, dafs die verschiedenen Glomeruligruppen selbständig und unabhängig voneinander arbeiten. Getrenntes Auffangen des Harns aus dem verdoppelten Ureter ermöglicht es, genau festzustellen, ob nur ein Teil der Niere oder, wenn auch Verdoppelung der Niere besteht, welche Niere erkrankt ist. Wenn eine Nephrektomie in Frage kommt, mufs stets das Resultat der Funktionsprüfung der einen Seite mit der anderen Seite verglichen werden; wenn es sich anscheinend nur um Erkrankung eines Teiles einer Niere handelt, würde eine Vergleichung des Prüfungsergebnisses des einen Teils der einen Seite mit dem des anderen Teils der gleichen Seite zu falschen Indikationen führen, da sich bei der Operation stets die Notwendigkeit einer totalen Exstirpation der Niere herausstellen kann. Röntgenuntersuchung nach Einführung geeigneter Katheter läfst Länge und Verlauf des verdoppelten Ureters erkennen.

4. **Nierentuberkulose und tuberkulöse Bakteriurie,** von Giuseppe Bolognesi-Modena. Nach einigen Ausführungen über Nierentuberkulose teilt B. die Krankengeschichte einer 29jährigen Frau mit, bei der aufser anderen klinischen Zeichen einer rechtsseitigen Nierentuberkulose wiederholt Tuberkelbazillen im Harn gefunden worden waren. Die nach unten verlagerte Niere wurde exstirpiert; sie wies lediglich eine leichte Glomerulonephritis auf. Allerdings enthielt sie Tuberkelbazillen, die durch minimale parenchymatöse, nicht spezifische Läsionen eingedrungen waren. Tuberkelbazillen befanden sich späterhin im Harn nicht mehr.

Von verschiedenen Verfassern wurde darauf hingewiesen, dafs es eine Tuberkulose ohne Tuberkeln, d. h. eine tuberkulöse Bakteriämie ohne tuberkulöse Herde gibt. Nach d'Haenens führen vereinzelte Tuberkelbazillen zu Bakteriämie, gröfsere Bazillenmengen zu wirklichen tuberkulösen Veränderungen. Die im Blute kreisenden Tuberkelbazillen können in den Harn übergehen, ohne dafs Nierentuberkulose entstehen mufs. Dafs eine Filtration von Tuberkelbazillen durch ein nahezu intaktes Nierenparenchym möglich ist, hat der beschriebene Fall erwiesen. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

7. Jahrgang, Nr. 42.

1. **Über die Anurie im Laufe der Entwicklung der Blasengeschwülste,** von ORAISON-Bordeaux. Anurie kommt bei Leuten mit Blasengeschwülsten ungemein selten vor, obwohl in sehr vielen Fällen auch die Nieren bald erkranken; anscheinend gehen die Patienten an Kachexie oder an einer Infektion zugrunde, bevor die Zerstörung der Nieren so weit gediehen ist, dafs die Harnsekretion aufhört. O. hat in der Literatur nur sieben Fälle von Anurie bei Blasentumoren verzeichnet gefunden; er selbst hat zwei Fälle beobachtet, in dem einen trat die Anurie nach einer wegen starker Blutung vorgenommenen Blasenspülung, in dem anderen im Anschlufs an die Sectio alta und die Thermokauterisierung der Neubildung auf. Zum Teil war die Anurie in den bisher beschriebenen Fällen wohl durch Kompression der Ureteren bedingt, zum Teil mufs sie auf Störung der Nierenfunktion durch eine vielleicht ganz leichte Schädigung oder einen operativen Eingriff zurückgeführt werden. Mit interner Behandlung wird in den seltensten Fällen etwas zu erreichen sein, es empfiehlt sich daher, von vornherein, wenn die Kranken nicht ganz entkräftet oder gar moribund sind, operativ vorzugehen. Da es sich meist um infiltrierte Carcinome, um Erkrankung der ganzen Blasenwand handelt und aufserdem die Ureteren selbst ergriffen sein können, sind Operationen in der Blase aussichtslos, man wird vielmehr eine Niere, und zwar möglichst die zuletzt und weniger erkrankte eröffnen und drainieren.

2. **Ursprung der Prostatahypertrophie,** von E. MARQUIS-Rennes. M. ist der Überzeugung, dafs die unter dem Namen Prostatahypertrophie bekannten Veränderungen in der Mehrzahl der Fälle gar nicht prostatischen Ursprungs sind. Die normale Prostata hat überhaupt keinen mittleren Lappen, zwischen den beiden seitlichen Lappen liegt Bindegewebe, das die Ductus ejaculatorii enthält. Ein Querschnitt durch die Pars prostatica zeigt, dafs die beiden Prostatalappen mit dem sie trennenden Bindegewebe gegen die Urethra zu durch die zirkulären Fasern des glatten Sphinkters abgegrenzt werden. Unterhalb und zu beiden Seiten der Harnröhre, aber innerhalb der zirkulären Fasern des glatten Sphinkters, finden sich eine Reihe von Drüsen, die „suburethralen Drüsen", und die sogenannte Prostatahypertrophie ist zumeist nichts anderes als ein aus diesen suburethralen Drüsen hervorgegangener Tumor (Adenom, Adenofibrom, Leiomyom), also ein „suburethraler Tumor". Für die Richtigkeit dieser Anschauung spricht aufser den anatomischen Verhältnissen die Tatsache, dafs eine „hypertrophische Prostata" sich auf transvesikalem Wege sehr leicht, und zwar ohne Verletzung der Ductus ejaculatorii enukleieren läfst, während an der Leiche die transvesikale Enukleation der normalen Prostata fast unmöglich ist. FREUDENBERG hat wiederholt nach sogenannter totaler transvesikaler Prostatektomie per rectum eine anscheinend normale Prostata gefühlt, es mufs also ein nicht-prostatischer Tumor entfernt worden sein. — Die suburethralen Drüsen sind infolge ihrer Lage in unmittelbarer Nähe der Harnröhre viel mehr als die hinter dem glatten Sphinkter gelegene Prostata Infektionen und Traumen urethralen Ursprungs ausgesetzt; es ist deswegen leicht begreiflich, dafs sich aus ihnen oft Tumoren entwickeln.

3. **Neue Methode der Phimosenoperation,** von LI VIRGHI-GIROLAMO-Neapel. Nach Umschnürung der Peniswurzel mit einem Nelatonkatheter durchschneidet der Verfasser die beiden Präputialblätter auf der unteren Fläche der Glans längs der rechten Seite des Frenulums mit der Schere auf einmal bis zum Sulcus, durchtrennt dann das Frenulum längs der Glans vom freien Rande bis zur Basis und vereinigt schliefslich die Wundränder mit vier bis sechs nicht sehr fest angelegten Katgutnähten. Wenn nach Durchschneidung des Präputiums die beiden Blätter sich nicht parallel zurückziehen lassen, wird die Korrektion durch einen weiteren Schnitt am inneren

Blatt vorgenommen. Zuweilen tritt nach der Operation Ödem der Wundränder und des ganzen Präputiums auf, die Glans bleibt dagegen stets verschont.

4. **Peno-skrotale Hypospadie. Vorbereitung für die Herstellung der Urethra durch Transplantation eines präputialen Lappens,** von GENOUVILLE-Paris. G. hat in einem Falle von peno-skrotaler Hypospadie, in dem die untere Fläche des Penis infolge vorausgegangener erfolgloser Operationen von Narben bedeckt und durch Schrumpfungsprozesse verzogen war, zur Vorbereitung für die Herstellung der Urethra einen breiten Hautlappen aus dem Präputium transplantiert. Durch zwei, auf der dorsalen Fläche der Vorhaut parallel mit der Corona glandis bis zu den Seitenflächen verlaufende Inzisionen wurde eine Hautbrücke gebildet, die über die Glans hinübergehoben werden konnte. Auf der Unterfläche des Penis wurde ein Querschnitt und an seinen beiden Seiten je ein kleiner Längsschnitt gemacht und die Haut nach oben und unten zurückgezogen, dann wurden die Narbenstränge in der Tiefe durchtrennt. Auf die so entstandene blutende Fläche wurde der Präputiallappen mit seiner blutenden Seite aufgelegt, die Wundränder wurden vernäht, darüber kam ein Kompressionsverband. Der schliefsliche Erfolg war, dafs die Unterfläche des Penis einen vollständig glatten Hautüberzug hatte, der die Ausführung der eigentlichen Operation sehr erleichterte.

5. **Eine neue Röhre für die Endoskopie der Urethra prostatica,** von BOULANGER. B. hat für die Endoskopie der Urethra prostatica eine neue Röhre konstruiert, die leicht einzuführen ist und, ohne Schmerzen zu verursachen, in die Urethra prostatica eindringt, niemals Blutungen verursacht, den Harn mit Sicherheit vom Gesichtsfeld abhält und eine genaue Betrachtung der ganzen Schleimhautpartie und die Vornahme lokaler Eingriffe gestattet. Das Instrument, das von GENTILE hergestellt wird, besteht aus einer geraden Metallröhre, die an ihrem inneren Ende zu beiden Seiten zwei dünne, kurze, runde Metallstäbe trägt. Am Ende dieser Stäbe ist eine massive Metallzwinge angebracht, deren Stärke genau dem äufseren Umfang der Röhre entspricht; ihre untere Fläche ist kürzer als die obere, die beiden Flächen gehen durch eine schiefe Ebene ineinander über. Zur Röhre gehört ein massiver Mandrin, der die Höhle der Röhre ausfüllt und so lang ist, dafs er mit seinem abgerundeten inneren Ende das ebenfalls abgerundete periphere Ende der Zwinge berührt; am inneren Ende hat er seitlich zwei Rinnen, die zur Aufnahme der beiden Stäbe bestimmt sind. Wenn er nach Einführung des Instruments herausgezogen wird, legt sich die Schleimhaut von unten und oben in den Hohlraum zwischen den beiden Stäben. Die Röhre läfst sich auch ohne den Mandrin leicht entfernen, dabei entfaltet sich die Schleimhaut unter dem Auge des Beobachters.

6. **Eine Abortivbehandlung der Blennorrhoe mit Silbersalzen,** von CARLE-Lyon. C. empfiehlt zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe in Fällen, in denen die entzündlichen Erscheinungen im allerersten Beginn sind, dreimal täglich wiederholte Injektionen 2 %iger oder, wenn diese zu stark reizt, 1 %iger Protargollösung, in Fällen, die erst vier bis fünf Tage nach Beginn der Erkrankung mit heftigeren Entzündungserscheinungen, stärkerem Ausflufs zur Behandlung kommen, in den ersten zwei bis drei Tagen bis zur Austrocknung der Harnröhre dreimal täglich wiederholte Einspritzungen 1 %iger Ichthyollösung, dann täglich je zwei Injektionen 1 %iger Ichthyol- und 1—2 %iger Protargollösung. Die Einspritzungen werden mit einer 12 ccm haltenden Spritze gemacht, die Flüssigkeit wird bei einer Injektion im Tag fünf bis zehn, bei den übrigen zwei bis drei Minuten zurückbehalten. Wenn der Eiter, der einige Stunden nach der Einspritzung zum Vorschein kommt, Blutstreifen aufweist oder wenn Harnbeschwerden, im besonderen sehr starker Harndrang auftreten, mufs eine schwächere Protargollösung verwendet oder eine gröfsere Zwischenpause

zwischen zwei Einspritzungen gemacht werden; bei starken Reizerscheinungen wird eine Protargol- durch eine Ichthyolinjektion ersetzt. Diese Behandlung mufs durchschnittlich 10--15 Tage fortgesetzt und darf nicht plötzlich, sondern nur ganz allmählich abgebrochen werden; auch nach eingetretener Heilung ist Geschlechtsverkehr mindestens noch acht Tage lang strenge zu vermeiden. — Komplikationen kommen bei dieser Art der Abortivbehandlung, die sehr gute Resultate ergibt, nur selten vor. Zuweilen entzündet sich die Schleimhaut so stark, dafs der Abflufs des Harns behindert wird; in solchen Fällen wird ein prolongiertes warmes Gliedbad gegeben oder, wenn das nicht genügt, 1 %ige Kokainlösung injiziert. Manchmal tritt infolge einer mit zu grofser Gewalt vorgenommenen Einspritzung Urethritis posterior, in seltenen Fällen Cystitis oder Prostatitis auf; man wird dann den Kranken im Bett liegen lassen, warme Einläufe und innerlich Balsamica geben und die Injektionen seltener vornehmen. Nur wenn die Erscheinungen trotzdem andauern oder sich verschlimmern sowie auch wenn die Corpora cavernosa erkranken, wenn Lymphangitis, Adenitis oder ein starkes Ödem der Penishaut sich einstellt, mufs mit der Behandlung aufgehört werden.

7. **Bemerkungen zur Behandlung der akuten Blennorrhoe des Mannes,** von Bruno Glaserfeld-Berlin-Schöneberg. Gl. weist eindringlich darauf hin, dafs der Arzt in jedem Falle von akuter Blennorrhoe in erster Linie für richtige Ausführung der Injektionen, sei es durch den Patienten selbst, sei es durch einen geschulten Pfleger, sorgen und dafs der Kranke unter allen Umständen während der ersten acht bis zehn Tage ruhig zu Bett liegen mufs. Sehr warm empfiehlt Gl. bei akuter Blennorrhoe der Pars anterior den Gebrauch von Allosan (dreimal täglich zwei Pastillen à 0,5), das die gute Wirkung der anderen Balsamica, aber nicht ihre Nachteile besitzt. Bei akuter Urethritis posterior gibt Gl. innerlich eine Abkochung von Folia uvae ursi und Urotropin, die lokale Behandlung dieser Fälle besteht in Irrigationen mit schwacher Höllensteinlösung mittels des Ultzmannschen Katheters; gewöhnlich genügen fünf bis sieben solche Irrigationen. Wenn nach längstens fünf bis sechs Wochen nicht alle Krankheitserscheinungen in beiden Harnröhrenpartien beseitigt sind, mufs endoskopiert und endourethral behandelt werden.

8. **Apparat zur Aufnahme des Harns in gewissen Fällen von Cystostomie,** von Noguès-Paris. Beschreibung eines von Gentile hergestellten Apparats zur Aufnahme des Harns bei hypogastrischen Blasenfisteln und einer von N. angegebenen Modifikation, bestimmt für die zahlreichen Fälle, in denen gleichzeitig eine Hernie besteht.

Götz-München.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XXI. Juni 1911.

1. **Zur Kasuistik des Herpes zoster, kompliziert durch eine Facialisparese,** von Lasarew. In dem beschriebenen Fall trat am Tage nach Ausbruch eines Herpes zoster auf der linken Wange, der linken Halspartie und hinter dem linken Ohr eine linksseitige Facialisparese auf.

2. **Zur Kasuistik der Ichthyosis hystrix bullosa congenita,** von Andriuschtschenko. Die vierjährige Patientin, welche A. in der Selenewschen Klinik in Charkow beobachtete, litt seit der Geburt an einer allgemeinen Ichthyosis, wobei sich aber aufserdem die erkrankte Haut alle paar Monate mit pemphigusartigen Blasen bedeckte, die nach einiger Zeit wieder schwanden. Histologisch erwies sich die Hornschicht um das zehnfache verdickt und mit leeren Räumen, vielleicht den zukünftigen Blasen erfüllt, das Stratum lucidum fehlte ganz, das Stratum granulosum stellenweise, das

Stratum Malpighii war im allgemeinen normal nur mit stärkerer Pigmentablagerung in den Zellen an der Basis dieser Schicht. In den obersten Schichten des Derma fand sich eine geringe Infiltration von spindelförmigen und runden Zellen.

3. **Ichthyosis hystrix bullosa oder Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec Hyperépidermotrophie Brocq**, von Selenew. Selenew faſst die an seiner Klinik beobachteten und bereits von ihm und seinen Mitarbeitern Andriuschtschenko, Smirjagin und Endokimow beschriebenen, ungewöhnlichen Fälle von Ichthyosis zusammen und unterscheidet drei Formen: nämlich die Ichthyosis hystrix bullosa, die Ichthyosis hystrix striata bullosa und die Ichthyosis hystrix diffusa. Alle diese Formen treten in frühester Kindheit auf, ähneln durch die Keratosenbildung vor allem der Ichthyosis, unterscheiden sich aber von derselben einerseits durch die Lokalisation, welche nicht immer derjenigen der gewöhnlichen Ichthyosis entspricht, andererseits durch die Exsudation. Selenew zählt diese Krankheitsbilder zur Ichthyosis und stimmt nicht Brocq bei, welcher sie zu einer besonderen Krankheitsgruppe unter dem Namen Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie vereinigt.

4. **Ein Nabelhorn**, von Schnittkind. Bei einem 30jährigen Manne sah S. ein 2 cm langes und $^1/_2$ cm breites Horn in der Nabelgegend, welches den Eindruck eines Hauthorns erweckte, sich aber bei näherer Betrachtung als ein zurückgebliebener, vertrockneter Nabelschnurrest entpuppte.

5. **Zur Behandlung des Lichen ruber mit Hektin**, von Selenew. In zwei Fällen von Lichen ruber, unter denen es sich das eine Mal um Lichen ruber acuminatus und planus, das andere Mal um Lichen ruber planus handelte, gelang es S. in dem ersteren Fall durch 30 Injektionen von je 0,2 Hektin = 6 g Hektin, die nur 1,26 Arsenik enthalten und in dem zweiten durch bloſs 13 Injektionen Hektin die Erscheinungen des Lichen ruber zum Schwinden zu bringen.

6. **Zur Frage der Hg-Exantheme**, von Shebunew. Ein Soldat, welcher im November 1908 40 Einreibungen gut vertragen hatte, muſste im Dezember 1909 eines Rezidivs wegen einer zweiten Hg-Kur unterworfen werden. Die jetzt eingeleitete Spritzkur (10% Hg-Salicylemulsion) rief nach der fünften Injektion, wobei jeden fünften Tag eine volle Spritze injiziert worden war, ein diffuses Exanthem hervor, welches mit allgemeiner Schwäche, Kopfschmerz Foetor ex ore, Gingivitis usw. verbunden war. Unter Schilferung schwand allmählich der Ausschlag. Das auffallende war das Fehlen von Hg im Urin. Verfasser erklärt sich diese Hg-Intoxikation nicht durch Idiosynkrasie, sondern durch eine Anhäufung des Hg im Organismus in Verbindung mit der mangelnden Ausscheidung durch die Nieren.

7. **Die Vaccinotherapie bei blennorrhoischen Erkrankungen**, von Jakowlew und Jassnitzki. Die Schluſsfolgerungen dieser Arbeit lauten: 1. Die Vaccinotherapie der blennorrhoischen Affektionen gibt bessere Resultate bei Kombination mit der gewohnten Therapie, als bei alleiniger Vaccineeinspritzung. 2. Den besten therapeutischen Effekt erzielt man bei Anwendung der Vaccine in folgender Weise: Die Injektionen müssen jeden dritten bis fünften Tag vorgenommen werden, wobei das erste Mal 0,5, die folgenden Male 0,3—0,5 bis höchstens 2,0 eingespritzt werden soll. 3. In Prozenten ausgedrückt erzielt man beim akuten Tripper in 41%, beim chronischen Tripper in 33% und bei Epididymitis und Prostatitis in 46% Heilung.

Arthur Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über die „WRIGHTsche Vaccinetherapie“ mit besonderer Berücksichtigung der spezifischen Behandlung von Staphylomykosen der Haut, von MAX WENTGENS. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1910.) Das Opsonogen leistet vor allem bei Furunkulosis wirklich Positives und erweist sich auch für die allgemeine Anwendung brauchbar, da gerade das Rezidiv verhütet werden kann, also die Erscheinung, die sonst am wenigsten zu beeinflussen ist. Weiter kann man sich noch von der Anwendung Nutzen versprechen bei multiplen Abscessen der Schweifsdrüsen und vielleicht auch bei impetiginösen Ekzemen, wenngleich man in solchen Fällen nicht auf die Lokalbehandlung verzichten soll. Ebenso mufs in manchen Fällen von Sykosis vulgaris und Ekzem das Opsonogen als unterstützender Faktor angesehen werden. Es kommen hier aber wohl in der Hauptsache nur die frischen Fälle in Betracht. Am wenigsten Erfolg hat Verfasser bei der Akne vulgaris gesehen, wenn auch die injizierten Dosen allerdings nicht sehr grofse gewesen sind. Bezüglich der Dosierung bemerkt Verfasser, dafs auch bei geringen Dosen sehr gute Erfolge erzielt wurden. Um Rezidive zu verhüten, hält es Verfasser für empfehlenswert, auch bei günstigem Heilungsverlauf noch mit der Opsonogendarreichung fortzufahren. Im allgemeinen lasse sich sagen, dafs da, wo überhaupt Erfolge erzielt wurden, sich bereits nach den ersten Injektionen ein günstiger Einflufs bemerkbar machte, dafs dagegen in solchen Fällen, wo dies nicht der Fall war, auch höhere Dosierung nicht zum Ziele führte. Es empfiehlt sich daher, um schon gleich am Anfang eine Wirkung erkennen zu lassen, gleich mit gröfseren Dosen die Behandlung zu beginnen, zumal da in keinem einzigen Falle eine erwähnenswerte Schädigung gesehen wurde. Vorbedingung sei natürlich, dafs zwischen den einzelnen Injektionen der nötige Abstand (mindestens drei Tage) gewahrt bleibe. Wenn nach drei bis vier Injektionen sich nicht die geringste Beeinflussung im günstigen Sinne zeige, so könne man im allgemeinen ruhig von der Opsonogentherapie Abstand nehmen.

Fritz Loeb-München.

„Bakteriotherapie“ bei gewissen Hautkrankheiten, von MARTIN F. ENGMAN-St. Louis. (Amer. Dermat. Assoc., 8. Kongrefs 1910.) Erfahrungen an etwa 300 Fällen von Hautleiden, die mit Suspensionen von Staphylokokken bzw. Aknebazillen behandelt wurden. E. ist der Meinung, dafs die gewöhnlich angegebenen Dosen viel zu grofs sind und dafs die Resultate besser zu sein pflegen, wenn kleine Dosen fortlaufend gegeben werden, ohne Erhöhung derselben, da die vielfach geübte Steigerung der Dosis riskant erscheint. Dabei sind fertige Vaccinen ebenso wirksam wie „autogene“, zu denen man greifen soll, wenn die ersteren versagen. Die Bestimmung des opsonischen Index ist sehr umständlich und ganz unzuverlässig; die exakte klinische Beobachtung ergibt die Notwendigkeit oder das Unterlassen weiterer Injektionen in besserer Weise. Auch bei exakter Technik und in allgemeinen guten Resultaten werden sich immer einige Fälle finden, in denen die Methode versagt. *W. Lehmann-Stettin.*

Serumbehandlung, von W. ALEXANDER. (*Brit. med. Journ.* 3. Sept. 1910.) Es wird über einen Fall von Anthrax der Oberlippe berichtet, der trotz sehr bedrohlicher Erscheinungen unter der Behandlung mit SCLAVOschen Seruminjektionen in Genesung ausging. Es waren in sieben Tagen 70 ccm injiziert worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Anwendung der „kalten Kauterisation", speziell in der Dermatologie, von Leonard A. Frescoln - Philadelphia. (*New York med. Journ.* 29. April 1911.) F. hebt in diesem Artikel die Anwendung des Kohlensäureschnees besonders bei der Behandlung von Warzen, Mälern, seniler Keratosis, Lupus erythematosus und Hautepitheliom hervor. Kohlensäureschnee ist viel billiger als Radium, leichter zu kontrollieren als flüssige Luft und seine Wirkung auf manche Affektionen eine raschere als jene der Röntgenstrahlen. Kohlensäureschnee erzeugt eine ausgesprochene lokale Entzündung, hat stimulierende und zerstörende Wirkung mit einer geringgradigen, bleibenden Narbe. Unter prolongierter Exposition und starkem Druck erfolgt unmittelbare Zerstörung und Ätzung des Hautgewebes. Chronische, über der Haut erhabene Affektionen entsprechen am besten der Kohlensäureschneebehandlung, viel weniger infizierte Veränderungen. Eine Kombination der verschiedenen Behandlungsmethoden wird oft zum Ziele führen, wo eine einzelne Methode versagt. Lupus erythematosus soll sich sehr gut, Lupus vulgaris gar nicht für den Kohlensäureschnee, proliferierendes, nicht tiefgehendes Corium gut, ulcerierendes (Ulcus rodens) nicht dafür eignen. Weiteres Studium wird die Indikationen noch genauer begrenzen.

Stern - München.

Über die schmerzstillende Wirkung des Hexamekols, eines neuen Guajakolpräparates, von M. Lüdin - Basel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 23.) Neben der schmerzstillenden Wirkung rühmt Verfasser dem Mittel einen günstigen Einfluſs auf den Juckreiz nach. Er hat es bei je einem Fall von chronischer Urticaria, Ekzema seborrhoicum, Pruritus vulvae und prämykotischer Erythrodermie erprobt. Das Präparat stellt ein weiſses, kristallinisches, nach Guajakol riechendes Pulver dar. Die Anwendung geschieht in der Weise, daſs etwa 2 g desselben mit der mit einem Gummihandschuh bekleideten Hand in die Haut eingerieben werden; oder es wird auch eine 10%ige Salbe hergestellt. Allzu freigebig soll die Dosierung nicht sein, da sonst Störungen wie Schwächezustände und das Auftreten von Guajakol im Urin herbeigeführt werden können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkung zur therapeutischen Bedeutung des Jodival, von Wiljamowski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1911. Nr. 5.) In allen Fällen, wo Verfasser das Jodival in der Dosis von 0,3 dreimal täglich bei Erwachsenen und in der von 0,1 bei Kindern anwandte, hat er nie Erscheinungen von akutem Jodismus gesehen. Das verleiht ohne Zweifel dem Jodival eine groſse Bedeutung, zumal da dasselbe fast 47% Jod, d. h. viel mehr als alle übrigen Jodverbindungen, mit Ausnahme der Jodalkalien, enthält.

Arthur Jordan-Moskau.

Mergal, von G. P. Ivezic - Kragujewatz. (*Srpski Archiv.* 1910. Nr. 4.) Mergal wurde an „einigen" Fällen erprobt; frische Luesfälle, darunter drei mit Primäraffekten. „Der Erfolg war ein glänzender: alle Sekundärerscheinungen schwanden nach vier bis fünf Wochen gänzlich." Dabei bekam jeder Patient durchschnittlich etwa 300 Mergalkapseln während seines Spitalaufenthaltes und wurde dann noch ambulant weiterbehandelt.

W. Lehmann-Stettin.

Erfahrungen mit Novojodin, von Carl Boháč-Prag. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1911. Nr. 27.) Empfehlung des Präparates bei Ulcera mollia-Behandlung.

Schourp-Danzig.

Über schädliche Wirkungen des Paraffinum liquidum, von Th. Hausmann-Tula. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 23.) Bei einem Kranken, welcher eine intravenöse Injektion von Salvarsan ohne Störung ertragen hatte, konstatierte H. bei einer eine Woche später verabreichten subcutanen Injektion, die mit Paraffinum liquidum bereitet war, einen Kollaps und blutigen Auswurf. Es ist von Straume und von Kobert auf die schädigenden Wirkungen verschiedener Art (Embolie nach intra-

muskulärer Injektion usw.), die gelegentlich mit diesem Präparat hervorgerufen werden können, hingewiesen worden. H. empfiehlt daher zur intramuskulären Injektion die alkalischen Lösungen, welche man durch Zusatz von Lecithinemulsion (1,0—2,0 einer 10%igen wässerigen Emulsion auf das zu injizierende Quantum) grofsenteils schmerzlos machen kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Reduktionsfähigkeit der wichtigsten Arsenpräparate, von Chauffard und Grigant. (*Bull. méd.* 1910. S. 1078.) Die kompliziert gebauten organischen Arsenpräparate sind gegenüber reduzierenden Substanzen viel widerstandsfähiger als einfache, anorganische Verbindungen. Daher stammt ihre hohe therapeutische Wirksamkeit und die Toleranz des Körpers gegen grofse Dosen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Vergleich der Arsenausscheidung bei Atoxyl, Arsenphenylglycin und Salvarsan, von Louis Martin und Tendron. (*Bull. méd.* 1910. S. 1078.) Bei Atoxyl beginnt die As-Ausscheidung sofort und ist in zwölf Stunden fast vollendet. Bei Arsenphenylglycin beginnt sie langsamer und hält viel länger an. Nach einer intravenösen Salvarsaninjektion wird hauptsächlich in den drei ersten Tagen As ausgeschieden, dann fällt der As-Gehalt des Urins rasch. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die toxischen Nebenwirkungen des Arsacetins unter besonderer Berücksichtigung der Nierenreizungen, von Hans Borchers. (Inaug.-Dissert. Jena 1910.) Das Arsacetin ist kein so harmloses Mittel, wie allgemein angenommen und im gröfsten Teil der Literatur angegeben ist. Es besitzt bedeutend mehr schädliche Nebenwirkungen, als Neisser, Milian, Lambkin und Salmon mitgeteilt haben. Besonders auffallend ist die konstante und oft anhaltende Reizung der Nieren, wie sie in dieser Regelmäfsigkeit beim Atoxyl nicht beobachtet wurde. Dafs das Arsacetin eine spezifisch schädigende Wirkung auf die Nieren ausübt, ist dadurch zweifellos bewiesen, dafs sie in keinem der Fälle des Verfassers ausblieb. Wenn bei fünf von zehn Fällen die Kur unterbrochen werden mufste, so erscheint dies auch bei dieser geringen Anzahl von ausschlaggebender Bedeutung für die Anwendung des Präparates. Man wird dem Arsacetin in der Syphilisbehandlung den Platz einräumen, den vor seiner Einführung das Atoxyl hatte. Ob sich eine Erweiterung der von Spiethoff angegebenen Indikationsstellungen in dem Sinne von Neisser wegen der häufigen, keineswegs gleichgültigen toxischen Nebenwirkungen durchführen läfst, namentlich in der allgemeinen Praxis, müssen weitere Beobachtungen erst ergeben. In jedem Falle bedarf es aber bei der Arsacetinkur der Vorsicht und genauen Beobachtung der Patienten, die nur bei klinischer Behandlung möglich ist. *Fritz Loeb-München.*

Salvarsanmilch, von Jesionek-Giefsen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 22.) Verfasser berichtet ausführlich über zwei Fälle von Säuglingen, bei denen er den Verlauf der kongenitalen Syphilis nach der intravenösen Injektion von Salvarsan bei den stillenden Müttern längere Zeit hindurch verfolgen konnte. Die eine Mutter erhielt zunächst 0,5 und nach acht Tagen 0,6; die andere bekam zuerst 0,6 und nach 21 Tagen wieder die gleiche Dosis. Bei beiden Säuglingen äufserte sich die Wirkung der Salvarsanbehandlung durch eine intensive Steigerung der luetischen Prozesse an der Haut und schwere Störung des Allgemeinbefindens. Ein Umschwung trat bei dem einen Kinde bei Ernährung mit guter Kuhmilch ein; das andere Kind war beim Abfassen des Berichtes noch sehr kachektisch. Ferner berichtet J., dafs einige auf seine Veranlassung unternommene exakte Untersuchungen den Übergang von Arsen in die Milch sowohl bei einer Wöchnerin als auch bei einer mit Salvarsan intravenös injizierten Ziege einwandsfrei nachgewiesen haben. Ferner berichtet er über einen ganz auffällig günstigen Erfolg bei einem fünfjährigen Kinde mit extra uterin erworbener Syphilis, das beim Trinken von Milch einer mit Salvarsan injizierten Ziege

(täglich 250—475 ccm) in acht Tagen eine ganz erstaunliche Besserung erzielte. Verfasser bespricht die verschiedenen Möglichkeiten, die als Erklärung dieser verschiedenartigen Erscheinungen in Betracht kommen, doch zieht er noch keine definitiven Schlufsfolgerungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Wert des Salvarsans, von Wm. B. Trimble-New York. (*Med. Record.* 6. Mai 1911.) Verfasser zieht aus seinen bisherigen Erfahrungen folgende Schlüsse: 1. Syphilitische Schleimhautläsionen verschwinden nach Salvarsan in ganz auffällig kurzer Zeit, während papulöse Exantheme und tertiäre Hauteruptionen ebenso lange Zeit zum Verschwinden brauchen wie nach Hg. 2. Rezidive naeh Salvarsanbehandlung sind häufig und oft schneller da als nach einer Hg-Kur. 3. Der allgemein roborierende Effekt ist bei den meisten Patienten ein auffallender.

Salvarsan wird seinen Platz im Armamentarium der Syphilisbehandlung behalten, aber nie das Quecksilber ersetzen.

W. Lehmann-Stettin.

Die Ursache des Schmerzgefühls und des nachfolgenden Abscesses bei Anwendung des Salvarsans in alkalischer Lösung, von B. C. Corbus-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 17.) C. empfiehlt die Natronlauge vor dem Zusetzen zur Injektionslösung zu sterilisieren. *Schourp-Danzig.*

Salvarsan bei Framboesia, Lepra und Granuloma tropicum, von G. Rost-S. M. S. Vineta. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 21.) Auf der Insel Trinidad hat R. im Verein mit dortigen Kollegen bei einigen Fällen von Yaws (18), von Lepra (9) und einem Fall von Granuloma tropicum intramuskuläre Injektionen von Salvarsan in Ölimmersion gegeben. Wegen der beschränkten Dauer seines dortigen Aufenthalts konnte er nur provisorische Beobachtungen durchführen. Diesen zufolge war beim Granuloma tropicum und bei Lepra von einer Heilwirkung nichts zu konstatieren; dagegen waren von den an Yaws leidenden Patienten neun in einem Zeitraum von 16 Tagen bis $1^1/_2$ Monaten völlig geheilt. Wenn nun auch bei dieser Beobachtungsreihe von 18 Fällen etwa 33% sich refraktär verhielten, so ist der Erfolg bei den übrigen sehr beachtenswert, da sonst im allgemeinen der Grundsatz gilt, dafs jegliche Therapie vergeblich ist, und man das spontane Ausheilen abwarten mufs. Da dies im Durchschnitt drei Jahre erfordert, entstehen für die Insel Trinidad allein für die Unterhaltung der Framboesiakranken in den dortigen Hospitälern jährliche Staatsausgaben in der Höhe von 140000 Mark. In dem von Alston, dem dortigen Krankenhausarzt schon publizierten Bericht (*Brit. med. Journ.* 18. Februar 1911) werden diese Erfolge der Framboesiabehandlung auch noch bestätigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Angioneurosen.

Das vasomotorische Nachröten und seine diagnostische Bedeutung bei organischen und funktionellen Neurosen, von A. Polonsky. (Diss. Berlin 1911.) Seit Lewin unterscheidet man drei Formen der Dermographie: 1. ein Stadium, wobei die Erscheinung blafs ist und mehr oder weniger rasch mit Übergang in die gewöhnliche Hautfarbe verschwindet; 2. wo die Haut sich mehr oder weniger hellrot färbt und 3. ein Stadium, bei welchem die Haut längere Zeit blafs verbleibt, sich aber nach und nach zu einer breiten erhabenen Leiste in der Form und Art der Urticaria factitia erhebt. Das vasomotorische Phänomen läuft gewöhnlich ab, ohne irgendwelche Veränderung an der Haut zu hinterlassen. Am intensivsten reagieren Teile mit zarter glatter Haut, wie Mamma, Cubitalbeuge; dann folgen Partien mit sehr sukkulentem Gewebe auf gut entwickelten Muskelpolstern. Am wenigsten reagiert die Haut unmittelbar über Knochen, wie z. B. am Sternum oder an der

Tibia. Verfasser untersuchte stets an drei Stellen: an der Brust, am Ansatz der Mamma, an der Innenfläche der Oberschenkel und am Vorderarm. Sowohl auf Striche, wie auf den Gewichtsdruck trat das stärkste Nachröten auf der Brust, dann am Arme und erst in bedeutend schwächerem Grade an den Oberschenkeln auf. Bezüglich der Intensität des Phänomens ist zu bemerken, daſs alle auf den Organismus erregend wirkenden Ursachen, wie psychische Affekte, Genuſs von Alkohol, Kaffee usw. Nikotinmiſsbrauch, Menstruation, Gravidität usw., das Nachröten zu steigern pflegen. Auch der Frühling soll ein besonders disponierendes Moment bilden. Epileptische Anfälle setzen die Erregbarkeit der Haut herab und dämpfen die Entwicklung der vasomotorischen Erscheinungen in hohem Grade: das Phänomen erscheint viel später und ist bei weitem nicht so intensiv wie in der interparoxysmalen Zeit. Hysterische Hemianästhesien haben auf die Intensität des vasomotorischen Nachrötens gar keinen Einfluſs. Das Phänomen lief bei den 22 Fällen des Verfassers an den anästhetischen Stellen absolut ohne irgend welchen Unterschied im Vergleich zu den gesunden ab. Ebenso sind ohne jeglichen Einfluſs die organischen Lähmungen. Trotz der genauesten vergleichenden Untersuchung der gelähmten und gesunden Teile und trotz mehrfacher Wiederholung dieser Untersuchung bei denselben Kranken konnte Verfasser keinen Unterschied feststellen. Auffallend ist es, daſs das vasomotorische Nachröten, welches doch so oft aus rein psychischen Ursachen entsteht, dem Einflusse der Suggestion oder Hypnose nicht im mindesten unterworfen ist. In vielen Fällen, wo das Nachröten stark ausgesprochen war, konnte Verfasser durch Auflegen der Hand einen deutlichen Unterschied in der Temperatur der geröteten und normalen Haut nachweisen; oft gaben auch Patienten selbst ein Gefühl von Hitze und leichtem Brennen an den gereizten Stellen an.

Eine Abhängigkeit des Phänomens vom Geschlecht, sozialer Stellung oder Alter der Patienten besteht nicht: es kommt bei Personen höherer Gesellschaftsklassen ebenso vor wie bei Bauern, bei Männern ebenso oft wie bei Frauen, bei Greisen nicht seltener als bei Kindern und Leuten mittleren Alters. Verfasser untersuchte im ganzen 116 Patienten der psychiatrischen und Nervenklinik der Berliner Charité, davon 52 Männer und 64 Frauen. 67 Personen von diesen litten an funktionellen, 49 an organischen Nervenleiden. Das vasomotorische Nachröten fand sich bei allen Kranken, also in 100% der Fälle. Die überwiegende Mehrzahl derselben, nämlich 105 Kranke, wiesen den zweiten Grad auf, d. h. eine mehr oder minder intensive rote Mittelzone, umgeben von einer etwas breiteren, weiſsen Randzone. Man konnte sie aber deutlich noch in zwei Untergruppen einteilen: während bei den einen sich die Erscheinung auf die genannten zwei Zonen beschränkte und von mäſsiger Intensität war, zeichnete sie sich bei den anderen durch ihre besondere Stärke aus. Die feuerrote Mittelzone überdeckte sehr bald die lateralen Zonen und breitete sich dann langsam auf die Art der sogenannten Flieſspapierhaut oder fleckweise weit über die Umgebung des initialen Reizstriches aus. Diese intensivere Form, welche Verfasser als Übergang zu dem dritten Grad betrachtet, zeigten von den 105 Personen 30 Patienten. Die übrigen Grade der Dermographie fanden sich unvergleichlich seltener: so konnte Verfasser Quaddeln (von $^1/_2$—3 mm Höhe) nur in fünf Fällen beobachten und den ersten Grad nur bei sechs Kranken.

Ein Bevorzugtsein irgend eines oder einiger Krankheitsbilder vor allen übrigen konnte Verfasser nicht konstatieren; das Nachröten erschien im allgemeinen bei den verschiedensten Prozessen gleich stark ausgesprochen. Die kleinen Unterschiede, die sich manchmal bei der Untersuchung zwischen einzelnen Krankheiten ergaben, führt Verfasser lediglich auf die occasionellen Momente, wie die Beschaffenheit der Haut, Stimmung des Kranken, Zeit der Untersuchung usw. zurück. Diese Erscheinung ist

gleich charakteristisch für alle Affektionen des Nervensystems, einerlei ob sie organischer oder funktioneller Natur, cerebralen oder spinalen Ursprungs sind. Nicht die Art, wie es affiziert ist, sondern die Tatsache allein, dafs es affiziert ist, spielt dabei die Hauptrolle.

Da fast in allen Fällen, in welchen das vasomotorische Nachröten die physiologische Grenze überschreitet, das Zentralnervensystem sich stets als nicht vollkommen intakt erweist, so ist die Erscheinung als pathognomonisch für eine Affektion dieses Systems zu betrachten. Da aber das Nachröten sich bei den allerverschiedensten Nervenkrankheiten nachweisen läfst, kann es nicht als spezifisch für bestimmte Erkrankungen dieses Systems aufgefafst werden, sondern mufs nur als allgemeines Zeichen dafür gelten, dafs dasselbe aus seinem normalen Gleichgewichtszustande geraten und als krank zu betrachten ist. Die Natur des Leidens wird aber durch das Nachröten niemals bestimmt. Auf Grund dieser Tatsachen ist Verfasser geneigt, dem vasomotorischen Phänomen einen allgemein diagnostischen Wert zuzuschreiben und empfiehlt dringend, die Untersuchung auf dasselbe als ausgezeichnetes Hilfsmittel zur schnellen Orientierung über den Zustand des Nervensystems.

Fritz Loeb-München.

Die Diagnose der Pellagra, von H. F. Harris-Atlanta. (*Amer. Journ. med. scienc.* Mai 1911.) Von Strombio ist zuerst der Begriff der Pellagra sine Pellagra aufgestellt worden, d. h., eine ohne Hautläsionen einhergehende Affektion des Nervensystems und der inneren Organe, wie diese sonst als Begleiterscheinungen der Dermatose nebenher beobachtet werden, und die auch auf die Wirkung der in verdorbenem Mais sich entwickelnden Ptomaine zurückzuführen wären. H. ist der Meinung, dafs derartige Fälle weit häufiger vorkommen, als im allgemeinen angenommen wird, und dafs sie häufig bis zum Eintritt der Hauterscheinungen verkannt oder, falls die kutanen Veränderungen bis zum Tode ausbleiben, überhaupt falsch diagnostiziert werden. Er schildert als Beispiele drei Fälle, von denen einer tödlich verlief. Als Initialsymptome bezeichnet er die folgenden Erscheinungen: gelegentliche Attacken von gastrischen Störungen, die aber so gut wie niemals während der Wintermonate auftreten, Zeichen von Darmgährung, allgemeine Mattigkeit und Schwäche, trübe Gemütsstimmung, Schwindel, Gefühl von Hitze im Magen und späterhin auch an anderen Körperstellen, namentlich an den Füfsen und Unterschenkeln, Steigerung der Reflexe (andererseits sind diese gelegentlich auch herabgesetzt) und einige andere nervöse Störungen. Dabei sind meist gröfsere Schwankungen in dem ganzen Zustand die Regel; aber ohne passende Behandlung verschlimmert sich der Zustand meist von Jahr zu Jahr. Bei Enthaltung von Cerealien, Bettruhe und Verabreichung von Arsenik hatte Verfasser mehrfach gute Erfolge zu verzeichnen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Gegenwärtiger Stand der Salvarsanbehandlung bei Pellagra, von H. P. Cole und Yilman J. Winthrop-Mobile. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 24.) Die Verfasser haben bei 21 Fällen von Pellagra, die intramuskulöse oder intravenöse Salvarsaninjektionen erhielten, keine besondere Wirkung des Mittels festgestellt.

Schourp-Danzig.

Eine Bemerkung zur Arbeit des Herrn Raubitschek: „Zur Kenntnis der Pathogenese der Pellagra“, von J. Horbaczewski-Prag. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 58, Heft 4.) H. protestiert gegen die in der Arbeit von R. ausgesprochene Ansicht, es seien seine Resultate bezüglich der Pellagra-Ätiologie identisch mit jenen von R., ebenso gegen den von R. ungerechtfertigterweise in Anspruch genommenen Prioritätsrang.

Stern-München.

Beitrag zur Therapie lokaler Asphyxie bei Raynaudscher Krankheit, von Th. Piening. (Inaug.-Dissert. Kiel 1910.) Verfasser zeigt, dafs es durch entlastende Inzisionen, die die venöse Stase beheben, in Verbindung mit kräftiger Saugung, die zugleich venöses Blut und Ödem abfliefsen läfst und den arteriellen Zustrom erleichtert, in manchen, sowohl funktionell als auch pathologisch-anatomisch bedingten Fällen wohl möglich ist, die Verhütung von drohender Gangrän zu erreichen.

Fritz Loeb-München.

Über den weifsen Dermographismus vom Standpunkt der augenblicklichen Lehre über die innere Sekretion der Drüsen, von Predtetschenski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1911. Nr. 21 u. 22.) Zu den bisher erst von Barthélemy, Stürsberg, Sergent, Nikolski, Jaroschewski usw. beschriebenen seltenen Fällen von weifsem Dermographismus fügt P. eine eigene Beobachtung hinzu. Es handelte sich um einen in die Klinik aufgenommenen 33jährigen Mann mit Lebercirrhose, welche anscheinend luetischen Ursprungs war. Bei diesem Mann wurden die Erscheinungen des weifsen Dermographismus konstatiert, welcher allmählich unter der Behandlung schwächer wurde. Da sich bei dem Kranken gar keine Zeichen einer traumatischen Neurose oder irgendeiner organischen Störung des Nervensystems fanden, führt Verfasser den weifsen Dermographismus auf eine wahrscheinlich gleichzeitige luetische Erkrankung der Leber und der Nebenniere zurück. Eine alleinige Erkrankung der letzteren scheint nicht dieses Phänomen hervorzurufen, da wenigstens bei zwei sich zur selben Zeit in der Klinik befindlichen Fällen von Addisonscher Krankheit nichts Ähnliches fand.

Arthur Jordan-Moskau.

Ein Fall von Jodkaliumexanthem (mit histologischem Befund), von Friedrich Meyer-Berlin. (Inaug. Dissert. Leipzig 1910.) Bei Jodkalium hat man gewöhnlich folgende Ausschlagsformen zu unterscheiden: 1. Erythematöse Jodausschläge. Sie treten in Form circumscripter oder konfluierender, lebhaft roter oder mehr livid bräunlicher Flecken auf, die sich mit Vorliebe im Gesicht und an der Brust, dem Rücken und den Vorderarmen lokalisieren und nach Aussetzen wieder verschwinden. 2. Papulöse und tuberöse Formen. Die ersteren erscheinen besonders, wenn sie an der Kuppe Pustelchen tragen, in der Form der gewöhnlichen sog. Jodakne. Die Lokalisation ist Gesicht, Schulter, Brust und Rücken. Manchmal kommt es zur Entwicklung furunkelähnlicher Knoten. Hierzu gehören auch die im Unterhautzellgewebe sitzenden, mit dem Erythema nodosum verglichenen, aber schmerzlosen Knoten. 3. Ekzematöse Entzündungen, die höchst selten sind. 4. Ödeme, urticarielle und pemphigoide Eruptionen, ödematöse Schwellungen des Gesichtes, der Augenlider, der Nase. Häufig sind dabei urticarielle und pemphigoide Schwellungen kombiniert. Vor allem beobachtet man bullöse Formen, welche im Gesicht, am Kopf, Brust, Rücken und den Vorderarmen auftreten. 5. Purpura, miliare bis linsengrofse, mehr oder weniger rote, unter dem Fingerdruck nicht schwindende Flecken, besonders an den unteren Extremitäten.

An der medizinischen Poliklinik in Leipzig hatte Verfasser Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, welcher den verhältnismäfsig seltenen Formen, die unter 2 angeführt wurden, entspricht.

Zunächst gibt Verfasser einen Überblick über die Literatur gleicher Fälle, über die Literatur der Histologie und beschreibt dann seinen Fall. Hier interessiert besonders der histologische Befund des Falles. Es wurde ein Knoten ausgewählt, der vollkommen neu war und erst am gleichen Tage vor etwa sechs Stunden auftrat, während eine andere Stelle schon reichlich 30 Stunden bestand und bereits in der Rückbildung begriffen war. Das ganze Epithel weist im allgemeinen keine oder nur geringfügige Veränderungen auf. Die Epithelgrenze der Cutis und die Papillen sind

im allgemeinen frei von pathologischen Erscheinungen, dagegen zeigen die horizontal verlaufenden Gefäfse innerhalb der Veränderung bereits erhebliche entzündliche Erscheinungen, die in der Mitte des Präparates ziemlich weit gegen die Grenze der Epithelschicht hinaufragen. Diese entzündlichen Herde bestehen aus Leukocyten, welche in nicht sehr dichter Anordnung haufen- und streifenförmig im Präparate verteilt sind. Die Herde im Zentrum der Effloreszenzen reichen bis in das subcutane Fettgewebe. Bei stärkerer Vergröfserung zeigt sich, dafs diese Verteilung dem Verlaufe der Gefäfse entspricht, aus dem die Leukocyten offenbar ausgetreten sind. Die Wandung der Gefäfse ist stellenweise erweitert und verdünnt. Rote Blutkörperchen sind in reichem Mafse in das infiltrierte Gewebe ausgetreten. Einige zeigen Difformitäten und geringe Färbbarkeit. Besonders reichlich findet man diesen Zustand in der Umgebung der Talg- und Knäueldrüsen. Die Zellen beider Arten von Drüsen sind dagegen vollkommen intakt und zeigen keinerlei Veränderungen. Das ganze Knötchen stellt mikroskopisch eine Ansammlung einzelner Entzündungsherde dar, die im Zentrum dichter sitzen, hier vielfach konfluieren, nach aufsen zu in kleineren und kleinsten Herden sich verteilen und schliefslich vollkommen normaler Cutis Platz machen. Das zwischen den Herden befindliche Bindegewebe ist kaum alteriert, da die Entzündungsherde ziemlich unvermittelt in das normale Gewebe übergehen. Die Zellen des Infiltrates bestehen aus heller und dunkler gefärbten. Unter letzteren kann man mononukleäre in allen Gröfsen unterscheiden, ebenso polynukleäre mit reichlicherem Protoplasma. Manche besitzen besonders grofse Kerne. Aufser diesen Zellen von rundem Kerntypus finden sich Zellen mit gestrecktem Kern ebenfalls von verschiedener Gröfse. Manche Zellen zeigen Körnelung infolge ihrer Absorption von Methylenblau und sind als Mastzellen zu betrachten. Bei der älteren Effloreszenz sind die Verhältnisse ganz ähnlich. Die gröfseren Herde fallen noch gut ins Auge doch liegen die Leukocyten weniger dicht, auch finden sich gröfsere Lücken und weiterhin sind die kleineren Herde, welche sich zwischen dem Bindegewebe fanden, bis auf kleine Reste verschwunden. Stellenweise ist das Bindegewebe der mittleren und tieferen Schicht vollkommen frei. Die Färbung auf Bakterien nach der Gramschen Methode ergab innerhalb der Leukocytenherde ein negatives Resultat. Der Fall zeigt ein Auftreten des Jodexanthems in Gestalt des Erythema nodosum. Die Eruption wurde durch eine Jodkaliumgabe von nur 3,5 g veranlafst; trotzdem ist die Diagnose gesichert.

Aus einer Zusammenstellung des Verfassers läfst sich erkennen, dafs die Zeit, welche verstreicht, bis das Exanthem zum Ausbruch kommt, direkt proportional ist der Zeit, welche nötig ist, um wieder normale Verhältnisse zu schaffen. Genau das Gleiche gilt für die zugeführten Jodgaben.

Unter Zugrundelegung seiner Untersuchung bezeichnet Verfasser das Jodexanthem als den Ausdruck einer akuten typischen Entzündung, deren Sitz die Cutis ist. Die epithelialen Gebilde derselben sind sicher nicht als der primäre Sitz der Erkrankung anzusehen, sondern wohl nur dadurch besonders in Mitleidenschaft gezogen, weil um sie eine besonders zahlreiche Ansammlung von Gefäfsen stattfindet. Sicher mag auch der Umstand eine Rolle spielen, dafs ihre Ausführungsgänge eine Einbruchspforte für Bakterien darstellen, welche dann in den aus den Kapillaren und Gefäfsen ausgetretenen Elementen einen geeigneten Nährboden finden können.

Verfasser hält seine Arbeit für geeignet, die Ansicht derjenigen Autoren zu unterstützen, welche die Ursache in eine Schädigung der Hautgefäfse verlegen und die epithelialen Gebilde nur sekundär sich beteiligen lassen.

Was die Therapie derartiger Fälle betrifft, so ist dieselbe nach Erkennen der Ursache gegeben; meist schwindet dann nach Aussetzen des Medikamentes die Erkrankung rasch. *Fritz Loeb-München.*

Ausgedehnte Blasenbildung bei einem Säugling; Diagnose Skorbut, von S. Bott. (*Lancet.* 1. April 1911.) Auf einem nach Australien fahrenden Dampfer beobachtete B. ein Kind von 15 Monaten, das im Verein mit gastro-intestinalen Störungen enorme Blasenbildungen zunächst am Halse, dann am Rumpfe und den Oberschenkeln darbot. In der Annahme, dafs es sich um einen durch das Tropenklima modifizierten Fall von Skorbut handelte, verordnete Verfasser Zitronensaft und als Nahrung sterilisierte Milch und Fleischsaft mit bestem Erfolge. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von G. Verrotti-Neapel. (*Giorn. intern. delle science med.* 33. Jahrg. 1911.) Eine 42jährige Kranke zeigte eine zwei Monate vorher unter leichtem Pruritus erschienene Hauterkrankung, die sich symmetrisch auf die Extremitäten erstreckte und durch annuläre Effloreszenzen charakterisiert war. Dieselben waren nicht isoliert, sondern bildeten gewöhnlich durch Ineinanderübergreifen unregelmäfsig gyrierte Figuren, welche aus punktförmigen Flecken zusammengesetzt waren. Letztere waren von rotbrauner Farbe und in augenscheinlichem Zusammenhang mit den Haarfollikeln. Von Pruritus war keine Spur mehr vorhanden, hingegen zeigten sich von Zeit zu Zeit periartikuläre Schmerzen an den Ellenbogen-, Knie- und Hüftgelenken. Aufserdem war ausgesprochener Dermographismus nachzuweisen. *Gunsett-Strafsburg.*

Traumatische Entzündungen.

Über Verhütung und Behandlung von Mückenstichen, von K. F. Hoffmann-Koblenz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 20.) Zum Schutze gegen das Gestochenwerden durch Mücken empfiehlt Verfasser das Aufstreichen einer spirituösen Lösung des bekannten Insektenpulvers Zacherlin. Dieses Mittel besteht wohl der Hauptsache nach aus dem von Pyrethrum roseum gewonnenen Pulver. Man schüttet davon soviel in eine beliebige Flasche, dafs der Boden mit einer 1 cm hohen Schicht bedeckt ist, füllt mit 70%igem Spiritus auf und schüttelt im Laufe von ein bis zwei Stunden mehrmals um; darauf wird noch filtriert. Der so hergestellte Auszug auf die Haut eingerieben schützt wenigstens mehrere Stunden lang. Ein anderes empfehlenswertes Rezept lautet: ℞ Ol. caryophyllor. 5,0—10,0, Lanolin. 30,0, Ungt. glycerin. ad 100,0. Gegen den schon erfolgten Stich und seine Folge, die Quaddel, ist das Betupfen mit 3—5%iger Tinktur von Thymol oder Menthol am wirksamsten. Ferner kommt das Pinseln mit ℞ Menthol 0,2, Terebinth. laricis, Ol. ricini āā 1,0, Collod. dupl. 18,0 in Betracht. Am nachhaltigsten aber und auch am billigsten ist wohl das Naftalan, das sanft eingerieben, sehr prompt lindernd wirkt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über zwei Fälle von Gangrän als Folgen von Skorpionenstichen, von G. Thom-Kairo. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1910.) Ein 26jähriger einheimischer ägyptischer Bauer trat versehentlich mit dem nackten Fufse auf einen toten Skorpion, wobei er einen scharfen Stich fühlte. Er entfernte den eingedrungenen Stachel und ging an seine Arbeit. Am Abend des Tages war der Fufs ödematös geschwollen und zwei Tage später waren die Zehen schwarz verfärbt. Der gangränöse Prozefs griff ohne irgendwelche besondere konstitutionelle Störungen auf die Muskulatur ein, bis zur völligen Ablösung des ganzen Fufses und Freilegung beider Unterschenkelknochen bis zur mittleren Höhe. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus, wo die Amputation am Knie mit bestem Erfolge ausgeführt wurde, hatte Patient Tibia und Fibula an deren unterem Ende mit Bindfaden zusammengebunden. Bei einem vierjährigen einheimischen Kinde dagegen war die auf den Stich folgende Schwarzfärbung der Zehen der unmittelbare Vorläufer des Todes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein interessanter neurodermatologischer Fall, von H. E. Ménage-New Orleans. (*New Orleans med. and surg. Journ.* Dez. 1910.) 19 jähriges Mädchen, deren Geschwüre, allenthalben am Körper, als hysterische Gangrän diagnostiziert wurden, bis sich herausstellte, dafs sie sich die Läsionen selbst mittels konzentrierter Karbolsäure beibrachte.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Ätzwirkung des am Verdunsten verhinderten Benzins, von A. Hörrmann-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 21.) Verfasser hat auch einen Fall von ausgedehnter Dermatitis beim Desinfizieren mit Benzin erlebt, indem etwas von der Flüssigkeit bei der Operation (Laparotomie) zwischen die Oberschenkel abflofs und auf deren Rückseite gelangte, so dafs ein Verdunsten verhindert wurde. Unter Dermatolbehandlung heilte die anfangs recht schmerzhafte Affektion bald ab. Im übrigen hat Verfasser die Desinfektion mit Benzin und Jodtinktur resp. mit Jodbenzin sehr zuverlässig gefunden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über eine seltene Art von Geschwüren nach Kampferätherinjektionen, von Georg Frank-Rathenow. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 41.) Sieben Tage nach einer subcutanen Kampferätherinjektion bildete sich an der Injektionsstelle ein dreimarkstückgrofses Geschwür mit scharfrandigem Wall und grauweifs belegtem Grunde.

Kobert führt dieses darauf zurück, dafs nicht ölige, sondern ätherische Kampferlösung verwandt sei, während nach anderer Ansicht trophoneurotische Prozesse ursächlich in Betracht kommen, ähnlich wie bei Fibrolysininjektionen.

Arthur Schucht-Danzig.

Neue Nachforschungen über den Zementausschlag, von René Martial. (*Presse méd.* 1911. Nr. 38.) Ein polemischer Artikel ohne neue Tatsachen.

Gunsett-Strafsburg.

Ein Fall von Dermatitis infolge von Berührung mit Rhus toxicodendron, Giftefeu, H. W. Nott. (*Brit. med. Journ.* 27. August 1910.) Ein Gärtner kam mit einer an den Handgelenken beginnenden, bald aber auf das Gesicht und schliefslich auf fast den ganzen Körper übergreifenden Dermatitis, Papeln, Bläschen, Blasen, Ödem und anhaltender Sekretion zur Behandlung. Als Quelle der Reizung wird der Saft des Rhus toxicodendron angenommen; Patient hatte einige Tage vor der Aufnahme an einem Baum dieser Gattung Blätter abgerissen. Allerdings hat er in früheren Jahren denselben Baum, ohne Schaden zu nehmen, wiederholt gestutzt und beschnitten. In diesem Falle war der Patient aber sieben Wochen lang arbeitsunfähig.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Lichtschädigungen der Haut und Lichtschutzmittel, von Leopold Freund-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 19.) Unnas Zeozon- und Ultrazeozonsalbe, sowie eine Reihe anderer Hautschutzmittel wurden einer experimentellen Untersuchung in der Weise unterzogen, dafs durch die zwischen Bergkristallplatten eingeschlossene Salbe hindurch eine Photographie des Absorptionsspektrums versucht wurde, wobei als Lichtquelle der zwischen der sogenannten Ederschen Legierung überschlagende Funke eines Ruhmkorffschen Induktoriums diente. In ähnlicher Weise wurden ferner die zu prüfenden Salben auf die Armfläche aufgestrichen und der Arm dann dem Sonnenlicht exponiert. Dabei ergab sich, dafs der Schutz, den verschiedene Fette geben, recht gering ist, besonders Schweinefatt, doch auch Vaselin und Lanolin; der Schutz, den die Unnasche Salbe gewährte, war weitaus höher und wurde nur übertroffen von einer 4%igen Äskulin-Glycerinlösung. *W. Lehmann-Stettin.*

Bericht über einen Fall von Röntgendermatitis mit tödlichem Ausgang, von S. Gilbert Scott-London. (*Fortschr. f. Röntgen.* XVII, 3.) Ein am Röntgeninstitut des London-Hospitals beschäftigter Laienassistent ist den Röntgenstrahlen, in ähnlicher Weise wie andere vor ihm, zum Opfer gefallen. Eine seit 1900 bestehende

Dermatitis führte zur Geschwürsbildung, zur Amputation von Fingerphalangen, die wegen fortschreitender Zerstörung im Knochen zu verschiedenen Malen wiederholt werden mufste; im Juni 1910 Schwellung der Achseldrüsen, die schon sechs Wochen nach ihrer Entfernung rezidivierten. Tod am 1. März 1911. Das fast nur im Knochen fortschreitende, durch mikroskopische Untersuchung sichergestellte Epitheliom liefs sich in fortlaufend aufgenommenen Röntgenbildern, deren Reproduktionen beigefügt sind, genau verfolgen. *W. Lehmann-Stettin.*

Neurotische Entzündungen.

Koinzidenz von Herpes zoster und Psoriasis vulgaris, von Georg Gjorgjević - Innsbruck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 19.) Bei einem 40jährigen Psoriatiker bildeten sich die Bläschen eines Arsenzoster der linken Brustseite direkt in Psoriasispapeln um. *W. Lehmann-Stettin.*

Verschiedenes.

Über Spezialisten und Spezialistentum in ihren Beziehungen zur allgemeinen Praxis, von Ph. Abraham - London. (*West London med. Journ.* Okt. 1910.) Etwas eigentümliche Betrachtungen, die soweit gehen, es für wünschenswert zu erklären, dafs der Spezialist nur Fälle behandle, die ihm vom allgemeinen Praktiker überwiesen werden. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Methodik der Venenpunktion und der intravenösen Injektionen, von E. Sachs - Königsberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 27.) Verfasser weist darauf hin, dafs zum Umschnüren des Armes zur Blutstauung statt aller besonderer Apparate einfach ein zusammengelegtes Tuch in einer Breite von etwa 8 cm die besten Dienste leistet. Dasselbe wird so geknotet, dafs es bequem dem Arme anliegt, und mit einem durchgesteckten passenden Instrument (Kornzange oder dergl.) wird es so weit zugedreht, dafs der Radialpuls eben im Verschwinden ist. Der Patient kann dann selbst die Kornzange während der weiteren Manipulationen halten. Als Spritzen bevorzugt S. vor allen anderen die Luersche Glasspritze.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Technik der Kochsalzinfusion, von G. Lepmann - Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 31.) Zur Erleichterung der sterilen Verabreichung von endovenösen Kochsalzinjektionen mit oder ohne Salvarsan hat Verfasser zweckmäfsig geformte gläserne Ampullen zu 200 ccm Inhalt herstellen lassen, in denen der sterile Inhalt stets sofort gebrauchsfertig vorrätig gehalten werden kann. Dieselben sind von der Hofapotheke in Heidelberg zu beziehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Sichtbarer Nachweis von Antigen-Antikörperbindungen in vitro. Die Epiphaninreaktion, von W. Weichardt-Erlangen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 31.) Verfasser gibt eine klinische Darstellung des geschichtlichen Entwicklungsganges der Beobachtungen auf diesem Gebiete und legt dar, dafs er selber (1908 bzw. 1909) mit seinem Diffusiometer und unter Verwendung von Schwefelbaryt.-Strontium eine Wechselwirkung von Antigen und Antikörper an der eintretenden Veränderung des osmotischen Druckes, also physikalisch in vitro demonstriert hat. Die von Ascoli und Izar (1910) beschriebene Meiostagminreaktion, bei der die Oberflächenspannung des Serums als Indikator für die Wechselwirkung von Antigen und Antikörper ver-

wendet wird, erkennt **W.** als einen weiteren Forschritt gerne an; dagegen ist die Darstellung der italienischen Verfasser, als sei bei verändertem osmotischen Druck in einem System nicht zugleich eine Änderung der Oberflächenspannung und mancher anderer Eigenschaften zu erwarten, als durchaus falsch zu bezeichnen. Der Artikel enthält noch manche beachtenswerte, aber zum Referieren nicht geeignete Einzelheiten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die diagnostische Bedeutung fühlbarer Kubitaldrüsen bei Kindern, von P. Grosser und A. Dessauer-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 21.) Die Anschwellung der Kubitaldrüsen bei Säuglingen ist namentlich von Hochsinger als ein charakteristisches Merkmal für Lues hingestellt worden. Die Verfasser bestreiten auf Grund von Beobachtungen an 1897 Fällen die Berechtigung dieser Anschauung. Unter 1066 Säuglingen von denen 15 an Lues hereditaria, 14 an Tuberkulose, 29 an Rhachitis und 1008 an anderweitigen Erkrankungen litten, zeigten eine Schwellung der Kubitaldrüsen: von den syphilitischen Kindern 66%, von den rhachitischen 41,4% und von den anderen 4,6%. Bei den 831 Kindern über ein Jahr war das Verhältnis sogar noch viel ungünstiger in bezug auf den diagnostischen Wert des Symptoms: luetische = 28,6%, tuberkulöse = 22,6% und rhachitische = 27,5%. Dabei wird hervorgehoben, dafs alle Defekte mit Erkrankungen, die sonst auch zu Drüsenschwellung Anlafs geben können (Ekzeme usw.), hierbei ausgeschaltet wurden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Adrenalinanämisierung als Hautschutz in der Röntgentherapie, von K. Reicher und E. Lenz-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 24.) Eine erheblich intensivere Bestrahlung wird ohne Nachteil ertragen, wenn man die betreffende Hautpartie mit Adrenalin anämisiert. Verfasser benutzten folgende Technik: Nach Reinigung mittels Äthers wird an mehreren Punkten intracutan und subcutan 0,3 bis 1,0 einer 1%igen Adrenalinlösung (Takamine) injiziert. Die Lösung enthält neben dem Hauptingredienz noch Novokain (0,5%) und Chlornatrium (0,9%). Auf die so anämisierte Haut wird in der ersten Sitzung eine Röntgenstrahlendosis von 4—5 H appliziert. (1 H = eine Holzknechtsche Einheit, 5 H = Erythemdosis für Erwachsene.) Ohne die Latenzperiode der Radiodermatitis (14—18 Tage) abzuwarten, konnte unter nochmaliger Anämisierung gleich am folgenden Tage wieder 4—5 H gegeben werden; mit anderen Worten, man konnte die Dosis für eine 14tägige Behandlungsdauer ungefähr verdoppeln. Verfasser erklären diese praktisch entschieden wichtige Erscheinung teils durch die bei der Blutleere entstehende Verdünnung der Haut, teils durch eine quantitative und eine qualitative Änderung des Stoffumsatzes. Die Beobachtung wird jedenfalls sich namentlich bei tiefliegenden, inoperabelen, subcutanen Tumoren wertvoll erweisen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes, von H. Küttner-Breslau. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 95, Heft 1.) Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage. Die Jodtinkturdesinfektion des Operationsfeldes im Grossichschen Sinne, die Alkoholdesinfektion und der Gummischutz der Hände haben das Ziel, gröfste Sicherheit mit möglichster Einfachheit zu verbinden, näher gerückt.

Schourp-Danzig.

Berichtigung. In meinem Originalbericht Band 53, Nr. 5, S. 280, mufs es
Zeile 8, oben, statt „Plasmas“ heifsen: Plasmoms,
„ 19, „ „ „Plasma“ „ Plasmom.

Dr. L. Ehrlich.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. No. 8. 15. Oktober 1911.

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig. Direktor: Prof. Dr. RILLE.

Erfahrungen mit der Extraduralanästhesie in der venereologischen Praxis.

Von

Dr. RICHARD FRÜHWALD,
Assistent der Klinik.

CATHELIN (1) war der erste gewesen, der den Gedanken hegte, durch Injektion anästhesierender Flüssigkeiten in den Sakralkanal Anästhesien für chirurgische Eingriffe herzustellen. Er hatte zwar ganz gute Erfolge bei der Bekämpfung neuralgiformer Zustände der Spinalnerven (Ischias usw.), aber eine chirurgisch brauchbare Anästhesie gelang ihm trotz hoher Kokaindosen nicht. In Deutschland machte STÖCKEL (1) die ersten Versuche mit dieser Methode. Er verfolgte hauptsächlich den Zweck, die mit dem Geburtsakt verbundenen Schmerzen zu lindern. Er verwendete Novokain und Eukain, wobei er recht beachtenswerte, aber sehr ungleichmäſsige Erfolge erzielte. Es konnten also weder CATHELIN und STÖCKEL noch die Nachfolger beider die epidurale Injektion der Chirurgie dienstbar machen. Erst LÄWEN gelang es, diese Methode so zu modifizieren, daſs Anästhesien, die für operative Eingriffe hinreichten, erzielt werden konnten. Er hatte nämlich erkannt, daſs zur Erlangung einer brauchbaren Anästhesie ein Mittel genommen werden müsse, das unter der toxischen Dosis in hoher Konzentration in groſsem Flüssigkeitsvolumen in den Sakralkanal injiziert werden kann. Die hohe Konzentration sollte eine Fernwirkung auf die in den dicken Duralscheiden liegenden Nerven ermöglichen, das groſse Flüssigkeitsvolumen die Ausbreitung über gröſsere Gebiete besorgen. Diese Forderungen konnte LÄWEN nach mehreren nicht gleichmäſsig geglückten Versuchen, auf Grund eines Befundes von O. GROS (2) erfüllen. Dieser fand nämlich durch Versuche am Froschischiadicus, daſs die Basen der Lokalanaesthetica stärker wirken als die Salze und empfahl deshalb statt der gebräuchlichen Chloride die Bicarbonate. Durch Zusatz von Natriumbicarbonat zu den Lösungen der Anaesthetica sollte deren hydrolytische

Spaltung stärker, dadurch der Gehalt an Base und die anästhesierende Kraft gröfser werden. Auf diese Weise könne man mit derselben Menge eines Mittels stärker anästhesierende Lösungen herstellen als früher.

LÄWEN (3) hat diese Lösungen praktisch nachgeprüft und gefunden, dafs bei Verwendung von Novokain-Bicarbonat-Lösungen die Lokalanästhesie früher eintritt und länger anhält als bei Novokain-Chlorid-Lösungen. Dieselben Bicarbonat-Lösungen hat er nun auch für die Extraduralanästhesie verwandt (4). Er injizierte 20—25 ccm einer $1^1/_2$—$2^0/_0$igen Novokain-Bicarbonat-Lösung, der er fünf Tropfen einer $1^0/_{00}$igen Adrenalinlösung zusetzte und erhielt dadurch Leitungsunterbrechung folgender Nerven: aus dem Plexus coccygeus die Nervi anococcygei, aus dem Plexus pudendus den Nervus pudendus mit den Nervi haemorrhoidales inferiores, perinei und dorsalis penis. Aufserdem die Nn. haemorrhoidales medii, vesicales inferiores und vaginalis. Häufig werden auch unterbrochen die Nn. cutaneus femoris post., clunium inf. med. Besonderes Gewicht legt LÄWEN darauf, dafs der Kranke nach der Injektion in sitzender Stellung verbleibe, damit das Anaestheticum nicht zu früh hinauffliefse und dafs nicht zu früh mit der Operation angefangen werde, da erfahrungsgemäfs die Anästhesie erst 20 Minuten nach der Injektion beginnt. LÄWEN hat eine grofse Anzahl von Kranken dieser Anästhesierungsmethode unterworfen und ausgezeichnete Resultate gehabt. Hauptsächlich waren es Operationen im Analbereiche wie Hämorrhoiden, periproktitische, DOUGLAS- und Prostataabszesse usw. und einige Operationen am Genitale, wie Strikturen und Rupturen der Harnröhre. Alle diese Eingriffe konnten schmerzlos vorgenommen werden, ohne dafs der Patient von der Methode irgendwelche üble Nachwirkungen gehabt hätte.

Nach LÄWEN ist nur von gynäkologischer Seite über die Extraduralanästhesie berichtet worden und zwar waren es SCHLIMPERT und SCHNEIDER (5), die diese Methode für geburtshilfliche und gynäkologische Eingriffe anwandten. Sie injizierten 1—$2^0/_0$ige Novokain-Bicarbonat-Lösungen und brachten die Kranken im Gegensatze zu LÄWEN dann in Beckenhochlagerung. Sie erzielten in etwa einer Viertelstunde Anästhesien, die 1 bis $1^1/_4$ Stunden anhielten. Mit $1^0/_0$igen Lösungen hatten sie bessere Erfolge als mit $2^0/_0$igen. Aufserhalb des eigentlichen anästhetischen Bereiches erhielten sie öfters Anästhesie bis zum Nabel, zur Brustwarze und zweiten Rippe. In geburtshilflicher Hinsicht gebrauchten sie diese Methode vor allem zur Herabsetzung der Wehenschmerzhaftigkeit. Diese trat, schneller als die Hautanästhesie, bei $2^0/_0$igen Lösungen in 20 Minuten, bei $1^0/_0$igen in 3—5 Minuten ein. Dabei erfolgte ein geringes Nachlassen der Wehentätigkeit. Da aber die Anästhesie, wie gesagt, in 1—$1^1/_4$ Stunden aufhört, wenden sie dieselbe nur dann an, wenn voraussichtlich die Geburt in diesem Zeitraume beendet sein dürfte und nur gleichzeitig mit einem

Narcoticum, gewöhnlich Scopolamin-Morphium. Aufserdem verwendeten sie die Extraduralanästhesie bei Abortausräumungen, Dammrissen, Cervixinzisionen und Zangengeburten, wobei ihnen die Erschlaffung des Beckenbodens sehr zustatten kam. Eine Wendung gelang zwar schmerzlos, wurde aber durch die Bauchdeckenspannung und die Uteruskontraktionen sehr erschwert. Gynäkologisch kam die Methode bei Prolapsoperationen, Dammplastiken usw. in Anwendung. Die Autoren sahen nur manchmal Nebenerscheinungen, wie Pulsbeschleunigung, Schwindel und Kopfschmerzen, die aber bald vorübergingen. Versager hatten sie namentlich im Anfange und bei fettleibigen Frauen.

Um sich eine Vorstellung von der Ausbreitung des Injektionsmittels zu machen, haben Schlimpert und Schneider einer Leiche Novokainlösungen mit Methylenblau lege artis injiziert und jene dann entsprechend der Vorschrift eine halbe Stunde in sitzender Haltung befestigt. Bei Eröffnung des Wirbelkanals fanden sie den Duralsack, besonders an der Hinterseite, bis zum dritten Halswirbel hinauf gebläut, besonders waren Hals- und Lendenanschwellung betroffen; aber auch das Rückenmark, wenn auch drei Wirbel tiefer, und die Cauda equina zeigten den Farbstoff. Die Nerven und deren Scheiden waren ebenfalls zwei bis drei Querfinger aufserhalb des Duralsackes gebläut.

Schlimpert (6) ist noch weiter gegangen und hat die Methode der sogenannten hohen Extraduralanästhesie ausgearbeitet. Er gibt den Kranken am Vorabende und am Morgen des Operationstages 0,5—1,0 Veronal und leitet vor der Operation einen Scopolamin-Morphium-Dämmerschlaf ein. Schliefslich injiziert er 0,5—0,6 Novokain in 1—2%iger Bicarbonatlösung, worauf er die Kranken in Beckenhochlagerung bringt. Mit dieser Methode konnte er Appendektomien, Kaiserschnitte, Nieren- und Gallenblasenoperationen völlig sicher und schmerzlos vornehmen.

Läwen selbst hat mich nun veranlafst, die Methode der Extraduralanästhesie an den Patienten der mir unterstehenden Station geschlechtskranker Männer zu probieren. Da bei Geschlechtskrankheiten doch öfters kleinere Operationen am Genitale vorgenommen werden müssen, war zu erwarten, dafs diese Methode gute Dienste leisten könne. Über die ersten Versuche habe ich bereits in der Leipziger Medizinischen Gesellschaft am 24. Januar 1911 in der Diskussion zu Läwens Vortrag über Extraduralanästhesie in günstigem Sinne berichtet. Die folgenden Zeilen sollen ausführlich meine Erfahrungen bringen.

Ich habe an 42 Patienten, deren Krankengeschichten weiter unten folgen, die Extraduralanästhesie versucht. Bezüglich der Technik habe ich mich genau an die Vorschriften von Läwen gehalten. Zur Anästhesie benutze ich folgendes Pulver:

Natr. mur.	0,1
Natr. bicarb. puriss.	0,15
Novocain.	0,6

30 ccm Wasser werden in einem Erlenmeyerkölbchen zum Kochen gebracht, dann das Pulver, das sich sofort löst, eingeschüttet und die Flüssigkeit noch einmal aufwallen gelassen. Es ist dies dann eine 2°/oige Lösung. Zur Injektion, die natürlich unter aseptischen Kautelen vorgenommen werden mufs, benutze ich das BIERsche Besteck für Lumbalanästhesie. Die Stellung des Kranken ist die von LÄWEN angegebene: mit vorgebeugtem Oberkörper, das Gesäfs über den Tischrand überhängend. Die Technik der Entrierung des Sacralkanales hat LÄWEN mir in bereitwilligster Weise gezeigt. Zur Auffindung der Injektionsstelle suche ich die Sacralhöcker auf; die Sacralfontanelle habe ich nicht oft deutlich fühlen können. Zwischen den Höckern, oder, wenn nur einer tastbar ist, neben diesen, lasse ich die Haut vereisen, dann steche ich die Nadel senkrecht zum Kreuzbeine ein bis ich auf Knochen komme, ziehe dann etwas zurück und senke den Nadelansatz. Hierauf führe ich die Spitze nach oben etwa 4—5 cm weit in den Sacralkanal ein. Dabei geschieht es öfters, dafs man mit der Spitze an Knochen hängen bleibt. Aus der Konfiguration der Wirbelsäule, der Haltung des Patienten und der Richtung der Nadel mufs man zu erschliefsen trachten, ob das Hindernis durch die vordere oder die hintere Wand des Sacralkanals gebildet wird. Man zieht dann etwas zurück und drückt in ersterem Falle den Nadelansatz analwärts und schiebt dann weiter, im letzteren Falle umgekehrt. Wenn man dann den Mandrin herauszieht, kommt ab und zu Blut aus der Nadel. Man erkennt sofort an der Menge, ob man mit der Nadelspitze in einer Vene sich befindet oder ob man nur eine kleine blutende Verletzung gesetzt hat. Es genügt, wenn man die Spitze etwas vor- oder zurückschiebt. Man kann sich von der richtigen Lage der Nadel dadurch überzeugen, dafs man den Ansatz vom Anus etwas abdrückt und leicht nach rechts und links verschiebt; dann fühlt man deutlich wie die Spitze über Knochen gleitet.

Es wird dann die Spritze angesetzt und 20—25 ccm der Novokainlösung (0,4—0,5 Novokain) eingespritzt. Es ist wichtig, dafs die Injektion langsam und ohne Gewaltanwendung vorgenommen wird, da sonst leicht Druckerscheinungen wie Kopfschmerzen und Erbrechen auftreten können. Liegt die Nadel richtig im Sacralkanal, mufs die Injektion ohne Widerstand vor sich gehen. Das Ausbleiben eines Ödems über dem Kreuzbein spricht nicht für die richtige Einführung der Nadel. Wenn diese tief in den Bändern und Muskeln steckt, entsteht kein Ödem.

Der Kranke wird hierauf mit aufgerichtetem Oberkörper auf den Operationstisch gesetzt und es wird das Eintreten der Anästhesie abge-

wartet. Ich beginne mit der Sensibilitätsprüfung erst etwa 25 Minuten nach der Injektion. Um diese Zeit ist gewöhnlich keine völlige Anästhesie vorhanden, sondern Eichel und Vorhaut die ja stets zuletzt gefühllos werden, sind noch empfindlich. Erst 10—15 Minuten später haben auch sie die Schmerzempfindung verloren, so dafs die Operation vorgenommen werden kann.

Ich lasse nun zunächst die entsprechenden Krankengeschichten folgen.

1. A. St., 19 Jahre, Maurer. *Sclerosis ad marginem praeputii.* 2. Dezember 1910. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie des Skrotums und der Penishaut. Praeputium externum rechts und Praeputium internum nicht anästhetisch. Schmerzen bei der *Circumcision.*

2. K. F., 33 Jahre, Arbeiter. *Phimosis, Balanitis.* 5. Dezember 1910. Einspritzung in den Sacralkanal. Bis auf eine kleine Stelle links am Praeputium externum völlige Anästhesie. *Circumcision.*

3. A. H., 22 Jahre, Markthelfer. *Gangraena glandis.* 9. Dezember 1910. Einspritzung in den Sacralkanal. Keine Anästhesie.

4. P. R., 20 Jahre, Buchbinder. *Sclerosis ad cutem penis et praeputium internum.* 9. Dezember 1910. Einspritzung in den Sacralkanal. Keine Anästhesie. 10. Dezember 1910. Wiederholung der Einspritzung. Völlige Anästhesie. *Exzision der Sklerose.*

5. A. P., 25 Jahre, Schriftsetzer. *Condyloma acuminatum permagnum in sulco coronario.* 19. Dezember 1910. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie. *Exzision des Condyloms, Verschorfung mit Paquelin.* Die Kauterisation wird schmerzhaft empfunden. Nach 55 Minuten ist die Anästhesie geschwunden.

6. O. T., 19 Jahre, Tischler. *Urethritis gon., Abscessus perinei.* 2. Januar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie in 30 Minuten. *Inzision des Abscesses, Erweiterung* mit der Kornzange.

7. H. K., 19 Jahre, Maurer. *Gangraena glandis.* 4. Januar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie bis auf die linke Hälfte des Präputiums. *Excochleation der gangränösen Partien.* Schmerzen bei der Reposition der Vorhaut.

8. E. E., 20 Jahre, Kellner. *Sclerosis ad praeputium internum.* 15. Januar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Keine Anästhesie. Wiederholung. Aus der Kanüle kommt Blut, deswegen wird die Einspritzung nicht vorgenommen.

9. M. Z., 23 Jahre, Student. *Sclerosis ad praeputium internum.* 27. Januar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie nach einer halben Stunde. *Exzision der Sklerose.* Nachher Schwächegefühl in den Beinen.

10. O. S., 19 Jahre, Maurer. Strictura traumatica urethrae. 30. Januar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie bis auf die linke Seite des Skrotums und das Frenulum. Schmerzlose Einführung von Metallsonden bis Nr. 23.

11. K. S., 23 Jahre, Markthelfer. Sclerosis ad praeputium internum. 31. Januar 1911. Einführung der Nadel in den Sacralkanal. Aus der Nadel kommt Blut, weshalb die Einspritzung nicht erfolgt. 1. Februar 1911. Wiederholung. Nach 25 Minuten völlige Anästhesie. Exzision der Sklerose. Ameisenlaufen in den Beinen.

12. H. P., 60 Jahre, Arbeiter. Paraphimosis. 6. Februar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Keine Anästhesie. 7. Februar 1911. Wiederholung. Aus der Kanüle kommt Blut, so dafs die Injektion nicht vorgenommen wird.

13. Ch. K., 41 Jahre, Schneider. Phimosis. 8. Februar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie bis auf die rechte Hälfte des Präputiums. Circumcision. Geringe Schmerzen.

14. A. S., 19 Jahre, Expedient. Urethritis gon., Cavernitis. 13. Februar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie nach einer halben Stunde. Ameisenlaufen in den Beinen. Inzision. Patient hatte bis 15. Februar Blasenbeschwerden, derart, dafs er zwar spontan urinieren konnte, aber nicht fühlte, wenn die Blase voll war.

15. W. v. A., 34 Jahre, Student. Strictura urethrae. 13. Februar 1911. Einführung der Nadel in den Sacralkanal. Aus der Kanüle kommt Blut, so dafs die Injektion unterbleibt. 15. Februar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal, keine Anästhesie.

16. A. Sch., 33 Jahre, Kutscher. Abscessus testis sin., Phimosis. 14. Februar. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie in etwa einer halben Stunde. Circumcision und Inzision des Abscesses.

17. O. G., 25 Jahre, Maschinist. Gangraena cutis penis et scroti. 28. Februar 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Keine Anästhesie.

18. Ch. R., 24 Jahre, Buchdrucker. Urethritis gon., Cavernitis. 1. März 1911. Einführung der Nadel in den Sacralkanal. Aus der Kanüle kommt Blut, weshalb die Einspritzung unterbleibt. 3. März 1911. Wiederholung. Völlige Anästhesie. Inzision des Abscesses. Während der Operation Schmerzen in der rechten Leiste.

19. R. W., 22 Jahre, Maurer. Condylomata acuminata ad glandem. 10. März 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie. Abtragung der Condylome und Verschorfung der Wundfläche mit dem Paquelin. Bei der Paquelinisierung Schmerzen an der Eichel.

20. R. B., 22 Jahre, Schauspieler. Condylomata acuminata ad glandem. 3. April 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie. (Rechts auf der Eichel nicht ganz sicher.) Abtragung und Paquelinisierung. Bei letzterer Schmerzen. Nach der Operation keine Anästhesie.

21. H. B., 43 Jahre, Former. Condylomata acuminata ad glandem. 6. April 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie bis auf die rechte Seite der Eichel und der Vorhaut. Abtragung und Paquelinisierung.

22. A. Z., 30 Jahre, Schriftsetzer. Bubonuli. 7. April. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie. Inzision. Etwas Schmerzen bei der Inzision.

23. P. B., 42 Jahre, Arbeiter. Sclerosis ad praeputium internum. 27. April 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie. Exzision der Sklerose.

24. B. O., 33 Jahre, Arbeiter. Urethritis gon., Cavernitis. 29. April 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Keine Anästhesie.

25. W. L., 34 Jahre, Former. Condylomata acuminata ad glandem. 4. Mai 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Anästhesie nach etwa einer halben Stunde. Abtragung der Condylome.

26. M. B., 19 Jahre, Putzer. Phimosis. 5. Mai 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie. Circumcision.

27. K. A., 28 Jahre, Markthelfer. Sclerosis ad praeputium externum. 11. Mai 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie nach 25—30 Minuten. Exzision der Sklerose.

28. C. D., 19 Jahre, Markthelfer. Condylomata acuminata ad glandem. 15. Mai 1911. Mit der Nadel nicht in den Sacralkanal gekommen.

29. A. B., 20 Jahre, Arbeiter. Phimosis. 16. Mai 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie. Circumcision. Während der Operation brennendes Gefühl an der Eichel.

30. P. K., 24 Jahre, Markthelfer. Phimosis. 2. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Nach 45 Minuten völlige Anästhesie. Circumcision.

31. F. K., 24 Jahre, Markthelfer. Gangraena glandis. 7. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie. Excochleation der gangränösen Partie. Schmerzen bei der Reposition der Vorhaut.

32. P. Sch., 32 Jahre, Diener. Condylomata acuminata ad anum. 8. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie in 40 Minuten. Abtragung der Condylome.

33. K. K., 17 Jahre, Arbeiter. Phimosis. 9. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie. Circumcision. Während der Operation brennendes Gefühl an der Eichel.

34. P. B., 20 Jahre, Dreher. Condylomata acuminata ad glandem. 10. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Kollaps und Erbrechen nach der Einspritzung. Völlige Anästhesie. Abtragung der Condylome.

35. D. R., 22 Jahre, Händler. Paraphimose. 12. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie. Inzision des Schnürringes und Reposition. Bei letzterer geringe Schmerzen.

36. K. Sch., 17 Jahre, Fleischer. Phimosis. 13. Juni 1911. Einführung der Nadel nicht gelungen.

37. G. K., 21 Jahre, Schlosser. Urethritis gon., Abscessus perinei. 15. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Nach 45 Minuten völlige Anästhesie. Inzision des Abscesses.

38. C. O., 48 Jahre, Glaser. Sclerosis ad marginem praeputii, Phimosis. 19. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie. Circumcision.

39. G. H., 27 Jahre, Arbeiter. Sclerosis ad cutem penis. 24. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Keine Anästhesie.

40. H. W., 19 Jahre, Maurer. Phimosis. 29. Juni 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie nach etwa einer halben Stunde. Circumcision. Während der Operation ziehende Schmerzen in der Eichel. Ameisenlaufen in den Beinen.

41. S. W., 23 Jahre, Stutent. Phimosis. 3. Juli 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Nach einer halben Stunde Anästhesie bis auf eine etwa zehnpfennigstückgrofse Stelle rechts am Praeputium externum. Circumcision schmerzos. Während der Operation Schmerzen in der Eichel.

42. A. M., 29 Jahre, Schriftsetzer. Phimosis. 6. Juli 1911. Einspritzung in den Sacralkanal. Völlige Anästhesie. Circumcision. Während der Operation Brennen an der Eichel. Patient gibt an, die Stiche beim Nähen zu fühlen.

Ich habe also an 42 Kranken 48mal die extradurale Einspritzung von Novokain versucht. Davon ist es 32mal gelungen, eine Anästhesie zu erzielen, 5mal wurde die Injektion des Anaestheticums nicht vorgenommen, 8mal erfolgte keine Anästhesie und 2mal gelang die Einführung der Nadel in den Sacralkanal nicht.

Einen besonderen Platz nimmt Fall 1 ein. Bei ihm war eine teilweise Anästhesie und zwar der Penishaut und des Skrotums eingetreten. Doch das Operationsfeld zur Circumcision war noch empfindlich und der Kranke äufserte auch Schmerzen bei der Operation. Ob bei längerem Zuwarten eine völlige Anästhesie eingetreten wäre, oder ob die teilweise widersprechenden Angaben über Schmerzempfindung seitens des Patienten nur auf dessen Angst zurückzuführen sind, ist mir nicht klar.

Fünfmal wurde die Einspritzung nicht vorgenommen, da Blut aus der Kanüle kam. Diese Fälle könnten eigentlich zu den gelungenen zählen, da ich bei ihnen dem Gefühle nach stets überzeugt war, im Sacralkanal zu sein; nur um eine etwaige Novokainintoxikation zu vermeiden, unterlieſs ich die Einspritzung. Später betrachtete ich das Ausflieſsen von Blut nicht mehr als Kontraindikation, sondern spritzte das Mittel ein, nachdem ich die Nadel verschoben hatte.

Achtmal miſslang die Anästhesie. Diese Miſserfolge fallen aber nicht der Methode als solcher zu Last, sondern lediglich der Schwierigkeit der Technik. Ich war eben in diesen Fällen mit der Nadel nicht im Sacralkanal. Wenn man die obigen Krankengeschichten übersieht, wird man finden, daſs die meisten Versager in die erste Zeit, da ich die Sacralanästhesie anwandte, fallen. Späterhin wurden mit zunehmender Übung die Miſserfolge immer seltener. Zu bemerken ist überdies, daſs diese acht Fälle fast durchweg solche waren, wo die Injektionsstelle schwer zu finden war. Solche Fälle sollen aber — auf diesem Standpunkte steht jetzt LÄWEN — möglichst von der Extraduralanästhesie ausgeschlossen werden. Dementsprechend habe ich auch in zwei Fällen, wo die Auffindung des Hiatus sacralis groſse Schwierigkeiten bereitete (28 und 36), die Einspritzung von Novokain unterlassen.

Interessant ist es, daſs, abgesehen von Fall 1, in mehreren die Anästhesie nicht vollständig war. Fall 2 hatte eine kleine empfindliche Stelle am äuſseren Vorhautblatte; Fall 5 empfand die Verschorfung mit dem Paquelin schmerzhaft und war nach 55 Minuten nicht mehr anästhetisch. Fall 7 war auf der linken Hälfte der Vorhaut schmerzempfindlich und hatte Schmerzen bei der Reposition der Vorhaut, Fall 10 war auf der linken Skrotalhälfte und am Frenulum nicht anästhetisch; bei 13 war die Vorhaut rechts schmerzempfindlich, bei 19 und 20 wurde die Paquelinisierung schmerzhaft empfunden; bei letzterem war nach der Operation keine Anästhesie mehr vorhanden. 22 fühlte Schmerzen bei der Inzision, 31 und 35 hatten Schmerzen bei der Reposition der Vorhaut. 41 hatte rechts an der Vorhaut eine kleine schmerzempfindliche Stelle und 42 gab an, die Stiche beim Nähen zu fühlen. In allen anderen Fällen herrschte völlige Anästhesie, so daſs die Eingriffe (Excochleation, Inzision usw.) ohne Schmerzen ertragen wurden.

Wir haben also vereinzelte, nicht anästhetisch gewordene Bezirke. Diese befinden sich fast stets auf der Vorhaut. Es ist ganz leicht möglich, daſs die Nerven dieser Bezirke nicht ausgeschaltet waren; LÄWEN bezeichnet selbst das distale Ende des Genitale als Grenzgebiet. Er hat auch einmal einseitige Anästhesie beobachtet und zwar betraf diese auch das Skrotum wie in meinem Falle 10. Diese umschriebenen Herde haben keine allzugroſse Bedeutung, da sie ganz vorne nahe dem Margo praeputii

liegen und z. B. bei einer Circumcision aufserhalb des Operationsbereiches sich befinden. Mehrere Male (5, 19, 20) wurde die Kauterisation mit dem Paquelin schmerzhaft empfunden. Es ist möglich, dafs der Reiz durch die Verschorfung zu stark ist und diese daher gefühlt wird oder dafs die Schmerzhaftigkeit rein psychisch bedingt war, indem die Patienten, als sie das Zischen des Apparates hörten, glaubten, sie empfänden Schmerzen. Noch eine dritte Erklärungsmöglichkeit besteht, die auch auf die Fälle 7, 31 und 35 ev. 42 pafst. Ich habe nämlich dem Anaestheticum nie Adrenalin zugesetzt. Es ist möglich, dafs dadurch das Novokain zu rasch resorbiert wird und die Anästhesie bald aufhört. Damit im Einklang steht auch die Beobachtung in Fall 5 und 20, wo die unmittelbar nach der Operation vorgenommene Sensibilitätsprüfung keine Anästhesie mehr ergab, während sie vorher sicher vorhanden war. Es wird sich also empfehlen, dem Novokain stets einige Tropfen Adrenalin zuzusetzen.

Die sonst hier und da geäufserten Klagen über Schmerzhaftigkeit halte ich für rein psychisch. Die Patienten, die merkten, dafs am Genitale ein Eingriff vorgenommen werde, glaubten auch Schmerzen zu haben. Patient 25, der das Gesicht, als ich den scharfen Löffel an die Eichel ansetzte, schmerzlich verzog, war sofort beruhigt, als ich ihm erklärte, ich wolle das Genitale nur reinigen und er blieb es auch, als ich die spitzen Condylome abtrug. Einen anderen Kranken, bei dem ich eben einen Unterbindungsfaden hörbar abgeschnitten hatte, fragte ich, ob er den Schnitt verspürt habe, was er sofort bejahte.

Bei den meisten Patienten war das Tastgefühl erhalten, während das Schmerzgefühl verschwunden war. Ein Patient gab z. B. an, dafs er deutlich fühlte, wenn eine Naht gelegt wurde, doch täte dies nicht weh. Unangenehm ist dieser Umstand nur bei der Sensibilitätsprüfung. Viele Kranke unterscheiden ganz deutlich die Spitze von dem Kopfe einer Nadel und geben ganz richtig „spitz“ und „stumpf“ an, so dafs man oft glaubt, die Anästhesie sei mifslungen.

Bemerkenswert sind Parästhesien, die einige Male beobachtet wurden (18, 29, 33, 40, 41, 42). Sie bestanden fast durchwegs in brennenden oder ziehenden Schmerzen in der Eichel, einmal in der linken Leistenbeuge. Ameisenlaufen in den Unterextremitäten, ein Zeichen gelungener Einspritzung, habe ich auch einige Male beobachtet.

In den 32 gelungenen Fällen handelte es sich 11 mal um Phimose, 7 mal um spitze Condylome, 5 mal um die Exzision von Sklerosen, 4 mal um periurethrale gonorrhoische Abscesse, 2 mal um Genitalgangrän, je 1 mal um die Bougierung einer Striktur, um Bubonuli und um Reposition einer Paraphimose. Es sind dies so ziemlich alle Operationen am Genitale und After, die in einer Station für venerisch kranke Männer vorzunehmen sind. Es kämen höchstens noch endourethrale Eingriffe in Betracht, doch

kommen solche Fälle gewöhnlich in die chirurgische Klinik. Bei Strikturen aber ziehe ich die allmähliche der forcierten Dilatation vor.

Einer besonderen Besprechung bedarf Fall 16, bei dem neben der Operation einer Phimose ein traumatischer Hodenabscefs inzidiert wurde. Operationen am Hoden fallen aber nun nicht in das Gebiet der Extraduralanästhesie, da nur das Skrotum und nicht dessen Inhalt anästhetisch wird. In diesem Falle glaubte ich aber die Inzision machen zu können, da der Abscefs dicht unter der Haut safs und also blofs letztere zu spalten war. Der Eingriff war daher auch völlig schmerzlos und nur der Verband wurde natürlich schmerzhaft empfunden.

Kurz erwähnen will ich noch die folgenden Fälle. Zur Zeit nämlich, als in unserer Klinik noch intramuskuläre Salvarsaninjektionen vorgenommen wurden, versuchte ich einige Male die sonst so schmerzhafte Injektion durch Extraduralanästhesie erträglich zu machen. Beifolgend die Krankengeschichten:

10. Dezember 1910. A. M., 24 Jahre, Landwirt, gibt bei der Sensibilitätsprüfung auf den Nates „stumpf“ an, empfindet aber die intramuskuläre Injektion sehr schmerzhaft.

12. Dezember 1910. H. P., F. G. und A. P., keine Anästhesie.

16. Dezember 1910. P. G., 25 Jahre, Arbeiter. Injektion rechts etwas schmerzhaft.

21. Dezember 1911. E. U., 30 Jahre, Maurer. Keine Schmerzen bei der Injektion.

Bei diesem Patienten stellten sich aber die Schmerzen nachträglich ein.

Schwere Schädigungen durch die Extraduralanästhesie habe ich nicht beobachtet. An unangenehmen Nebenwirkungen sah ich: Fall 9 litt an einer einige Zeit andauernden Schwäche in den Beinen; Fall 14 fühlte durch zwei Tage die volle Blase nicht, konnte aber spontan urinieren. Vielleicht ist bei diesem Patienten etwas von dem Anaestheticum zu hoch hinaufgekommen. Fall 34 hatte einen schweren Collaps mit folgendem Erbrechen nach der Einspritzung. Dies führe ich darauf zurück, dafs ich die Injektion zu rasch vorgenommen habe, wodurch die Druckverhältnisse im Zentralnervensystem sicherlich gestört wurden. Es ist also darauf zu achten, dafs die Einspritzung langsam vorgenommen werde. Die diesbezüglichen klinischen Erfahrungen werden auch durch das Experiment bestätigt. Läwen und v. Gaza (7) haben nachgewiesen, dafs beim Kaninchen viel höhere Dosen Novokain extradural injiziert werden können, wenn man die Einspritzung langsam vornimmt. Die Tiere reagieren viel weniger mit Vergiftungserscheinungen auf diese Dosen.

Einige Male sah ich unbedeutende Üblichkeiten und leichte Collapszustände wie sie aber auch bei anderen kleinen Eingriffen, psychisch bedingt, vorkommen. Ein Patient war nach der Einspritzung kurze Zeit

desorientiert; er machte auch sonst den Eindruck eines Epileptischen. An der Einstichstelle bestanden durch einige Tage geringfügige Schmerzen.

Zusammenfassend kann ich also sagen, daſs die Extraduralanästhesie bei Operationen am männlichen Geschlechtsteile stets mit Vorteil angewendet werden kann. Die einzige Schwierigkeit liegt in der Technik; einerseits muſs jene durch Übung überwunden werden, andererseits muſs man ungeeignete Fälle von dieser Methode ausschlieſsen.

Zum Schlusse sei es gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Rille für das dieser Arbeit entgegengebrachte freundliche Interesse und Herrn Priv.-Doc. Dr. Läwen für die mir hierbei stets gewährten Ratschläge den ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Zit. nach 4.
2. Zit. nach 3.
3. Läwen, Über die Verwendung des Novokains in Natriumbicarbonat-Kochsalzlösungen zur lokalen Anästhesie. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Bd. 57, Nr. 39.
4. —, Über Extraduralanästhesie für chirurgische Operationen. *Deutsche Ztschr. f. Chirurgie.* Bd. 108.
5. Schlimpert und Schneider, Sacralanästhesie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Bd. 57, S. 2561—2565.
6. Schlimpert, Hohe und tiefe extradurale Anästhesien. *Zentralbl. f. Gynäkologie.* 1911. S. 477—485.
7. Läwen und v. Gaza, Experimentelle Untersuchungen über Extraduralanästhesie. *Deutsche Ztschr. f. Chirurgie.* 1911.

Über eine ungewöhnliche Lokalisation der Gonokokkeninfektion.

Von

Dr. J. T. Lenartowicz-Lemberg.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Der beste Nährboden für Neissers Gonokokken sind, wie bekannt, Schleimhäute, insbesondere diejenigen der Geschlechtsorgane, die auch für gewöhnlich den Infektionsweg bilden. Von hier kann die Infektion auf Lymph- oder Blutbahnen in weiter entlegene Organe übergehen und kann entweder pathologische Veränderungen dieser Organe oder eine allgemeine Gonokokkensepsis hervorrufen. Bis vor kurzem hielt man an der Annahme fest, daſs Schleimhäute allein den Infektionsweg bilden. Daneben notierte man Fälle von primärer Infektion der Mundschleimhaut, der Mukosa des Mastdarms und der Konjunktiven. Konnte man bei gonor-

rhoischer Erkrankung eines beliebigen Organs eine gleichzeitig bestehende Gonorrhoe der Genitalien nicht feststellen, da begnügte man sich mit der Annahme, daſs entweder dort früher ein gonorrhoischer Prozeſs stattgefunden, welcher zurückging, ohne gegenwärtig Symptome aufzuweisen, oder man sprach allgemein von kryptogener Gonorrhoe, indem man deren Eingangspforte nicht auffinden konnte.

Die Untersuchungen der letzten Jahre belehrten uns aber, daſs es in Ausnahmefällen unter uns heute noch unbekannten Bedingungen auch andere, wenn auch seltene und ungewöhnliche Wege für das Eindringen der Gonokokken in den Organismus gibt. Ja, noch mehr, es haben neuere Beobachtungen, gestützt auf mikroskopische Untersuchungen, bewiesen, daſs nicht nur die Schleimhaut der Harnröhre mit ihren Divertikeln und Gängen, als Überresten von Miſsbildungen, sondern auch die Haut selbst ein mehr oder weniger geeigneter Nährboden für die Entwicklung der Gonorrhoe und Erzeugung spezifisch gonorrhoischer Veränderungen sein kann. So kennen wir heute eine ganze Reihe von Fällen, in denen eine längst geheilte Urethralgonorrhoe, ohne klinische Symptome aufzuweisen, scheinbar ohne Grund eine Disposition zu Rezidiven zeigte, einzig und allein deswegen, weil man einen unansehnlichen Paraurethralgang, eine Cyste oder ein Divertikel übersehen hat, in denen sich Gonokokken ansässig gemacht haben und einen zeitweise aufflammenden Infektionsherd bildeten. Neben diesen heute schon allgemein bekannten Fällen finden wir veröffentlicht auch seltenere wie z. B. gonorrhoische Infektion der Haarbälge an den Geschlechtsteilen (Folliculitis gonococcica), serpiginöse gonorrhoische Geschwüre der Haut des Penis oder des Skrotum (Xylander, Thalmann, Meszczerski, Czernogubow), gonorrhoische Infektion einer Urethralfistel mit sekundärer Geschwürsbildung (Hallopeau und Boudet) u. a. Zu den seltensten gehören diejenigen Fälle, in denen Gonokokken sub coitu ohne die Harnröhre zu infizieren direkt in Lymphgefäſse und von hier in weiter gelegene Organe oder mit Übergehen der Urethra unmittelbar ins Blut gelangten. Jadassohn beschreibt einen Fall von gonorrhoischer Gelenksentzündung und gibt als Ausgangspunkt die gonorrhoische Infektion des dorsalen Lymphstranges des Penis an. In diesem Falle trat drei Tage nach der Kohabitation als einziges Symptom der stattgefundenen Infektion Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit des dorsalen Lymphgefäſses des Gliedes auf und einige Tage darauf wurde die gonorrhoische Arthritis mikroskopisch festgestellt. In der Harnröhre und den Harnfilamenten konnten Gonokokken nicht nachgewiesen werden. Nach Jadassohns Ansicht sind hier Gonokokken durch einen Epidermisdefekt direkt in das Lymphgefäſs und von da in den Blutkreislauf eingedrungen. Hensel beobachtete einen Fall von Gonorrhoe eines akzessorischen paraurethralen Ganges ohne Gonorrhoe der Harnröhre.

In letzter Zeit veröffentlichte LEEDE einen ungewöhnlichen Fall von Gonorrhoe mit letalem Ausgang. Hier gelangten Gonokokken in die Blutzirkulation durch ein gleichzeitig bestehendes Ulcus molle, verursachten ein bedeutendes und schmerzhaftes Ödem der Vorhaut und des Penisrückens, in der Folge eine gonorrhoische Polyarthritis. Bei der Obduktion wurden in den Gelenken Gonokokken gefunden.

Ich hatte Gelegenheit einen Fall ungewöhnlicher Lokalisation von Gonorrhoe zu beobachten und zu behandeln und da der Fall in mancher Richtung bemerkenswert ist, so will ich ausführlich den Krankheitsverlauf und die betreffenden Untersuchungen schildern: J. B., 26 Jahre alt, Kaufmann, Israelit, suchte mich zum erstenmal am 7. März 1911 auf. Gibt an, geschlechtskrank nie gewesen zu sein. Letzter Coitus 1. März 1911. Am 2. März abends fühlte er einen Schmerz an der äufseren linken Seite des Gliedes und bemerkte in der Haut desselben eine strangförmige Verdickung, welche rot, bei Berührung schmerzhaft, an einer Stelle offen war und hier Eiter sezernierte. Patient befürchtet, dafs er Lues akquiriert hat.

Der objektive Befund bei der Untersuchung: ein gut gebauter Mann, ziemlich schlecht genährt, Haut und Schleimhäute blafs, Nervensystem leicht erregbar. Innere Organe ohne Veränderungen. Geschlechtsteile normal und entsprechend dem Lebensalter entwickelt. Orificium der Harnröhre normal grofs, nicht gerötet, noch entzündet. Bei Druck kommt aus der Urethra kein Sekret. Harn in zwei Portionen entleert ist rein ohne Fäden. Lymphdrüsen in der linken Leistengegend unbedeutend vergröfsert, bei Druck mäfsig schmerzhaft. Das dorsale Lymphgefäfs an der Gliedwurzel etwas verdickt. In der Haut des Penis links aufsen sieht man und tastet eine strangförmige Verdickung von lebhaft roter Farbe, ca. 4 mm dick und 4 cm lang. Diese Verdickung beginnt 3 cm hinter der Eichelfurche, verläuft im Bogen mit der Konkavität nach oben und verliert sich allmählich in der Haut an der Seite der Gliedwurzel. Ein Zusammenhang mit dem dorsalen Lymphgefäfs läfst sich nicht nachweisen. Im Verlaufe der Verdickung sieht man Unebenheiten und Ausbuchtungen, hauptsächlich näher der Gliedwurzel. Bei Druck auf diese strangförmige Verdickung entleert sich aus ihrem vorderen Teile ein Tropfen Eiter, nach dessen Wegwischen man eine für eine Stecknadel durchgängige Öffnung mit ebenen, glatten Rändern sieht. Diese Öffnung wird im Anfangsteile der Verdickung, im ersten Fünftel ihres Verlaufes festgestellt. Um sie herum ist die strangförmige Verdickung am dünnsten. Die mikroskopische Untersuchung des ausgedrückten Sekretes ergibt das Vorhandensein von zahlreichen Eiterkörperchen; in ihrem Inneren, und aufserhalb, freiliegend, eine grofse Menge gramnegativer Diplokokken von der charakteristischen Form und Lagerung der NEISSERschen Gonokokken. Andere Mikroorganismen wurden nicht gefunden.

Die beschriebene Veränderung am Penis mufste somit als ein gonorrhoischer Prozefs erklärt werden, ungewifs war nur, ob man hier eine gonorrhoische Entzündung des Lymphgefäfses oder eines als Bildungsanomalie aufzufassenden Ganges vor sich hatte. Die klinische Untersuchung allein ergab keine genügende Grundlage zur Entscheidung dieser Frage. Gegen eine gonorrhoische Erkrankung des Lymphgefäfses sprach die Lokalisation des Prozesses und Mangel einer Verbindung oberwähnter Verdickung mit dem Hauptlymphgefäfs des Gliedrückens. Die in therapeutischer Absicht mittels Anelscher Spritze injizierte Protargollösung gelangte nur bis ans Ende der Verdickung und füllte den Kanal der letzteren aus, ohne jedoch gegen die dorsale Fläche des Penis vorzudringen. Die Endöffnung des Kanals mit ihren ebenen, glatten Rändern bewies, dafs wir nicht mit einem künstlich perforierten Lymphgefäfs, sondern eher mit einem abnormalen Gange in der Haut zu tun haben. Aber auch diese letztere Annahme war nicht genügend zu erklären. Nach der Zusammenstellung von Karwowski kann man die auf dem Penis vorkommenden, als Folge von Bildungsanomalien zu betrachtenden Gänge vorfinden: a) in der Vorhaut in der Nähe vom Frenulum, b) am äufseren Orificium der Harnröhre, c) an der unteren Fläche des Gliedes, d) an der dorsalen Fläche des letzteren.

In unserem Falle, wie oben bemerkt, verlief der Kanal in der Penishaut an der linken Seite und nahm seinen Anfang in der Entfernung von 3 cm hinter der Eichelfurche. Eine nähere Erklärung über die Art und Beschaffenheit dieses gonorrhoisch infizierten Ganges konnte nur seine histologische Untersuchung nach vorgenommener totaler Exstirpation geben. Da dieser operative Eingriff auch in therapeutischer Hinsicht angezeigt war, suchte ich den Kranken dazu zu bewegen. Erst einige Tage später gab er seine Einwilligung zur Operation. Der weitere Krankheitsverlauf war folgender:

10. März. Das jeden Tag vorgenommene Ausdrücken des gonorrhoisch ergriffenen Kanals mit darauf folgender Injektion einer schwachen Protargollösung hatte keine Veränderung im Krankheitsbilde zur Folge. Im Sekret des Ganges findet man ununterbrochen Eiterkörperchen und zahlreiche typisch gelagerte Gonokokken. Das Aussäen des Sekretes auf Aszitesagar ergab Gonokokken in Reinkultur. Harnröhrenmündung normal, kein Sekret zu exprimieren. Harn rein, klar, ohne Filamente.

11. März. Der gonorrhoisch erkrankte Kanal wurde im ganzen exzidiert, die Hautwunde bis auf eine kleine Öffnung zum Einführen von in Protargollösung getauchter Gazedrains wurde mittels Naht geschlossen. In den folgenden Tagen gewöhnliche Wundbehandlung, daneben Umschläge mit 10 %iger Protargollösung.

Den weiteren Heilungsverlauf konnte ich persönlich nicht mehr verfolgen, da ich für längere Zeit verreist war; aus den mir gütigst über-

lassenen Aufzeichnungen des behandelnden Arztes habe ich entnommen, dafs die Heilung langsam fortschritt, so dafs am 5. April, trotzdem die Wunde fast ganz geheilt war, eine hirsekorngrofse, offen gebliebene Stelle Eiter noch sezernierte. In diesem Eiter liefsen sich noch am 17. April Gonokokken, wenn auch spärlich, nachweisen. Der Eitertropfen kam aus zwei kaum sichtbaren, am Rande der Narbe in der Nähe der Peniswurzel befindlichen Öffnungen. Diese waren höchst wahrscheinlich Mündungen seitlicher Verästelungen des früher exstirpierten Kanals. Nach Eröffnung dieser Seitengänge heilte auch dieser Rest der Wunde, so dafs ich bei der am 23. Mai von mir persönlich vorgenommenen Untersuchung in der glatten Narbe keine Defekte mehr nachweisen konnte. Urethralorificium wie vorher unverändert, Harn klar.

Das exstirpierte Hautstück samt dem fraglichen Kanal wurde in senkrecht zum Lumen des Ganges ausgeführten Serienschnitten mikroskopisch untersucht. Bezüglich der Färbung bediente man sich der Methoden von Giemsa, Unna-Pappenheim, van Gieson, Haematoxylin-Eosin, polychromes Methylenblau nach Unna.

Aus der Serienreihe von Schnitten konnte man ein Schema des untersuchten Ganges rekonstruieren, wie Fig. 1 dies veranschaulicht.

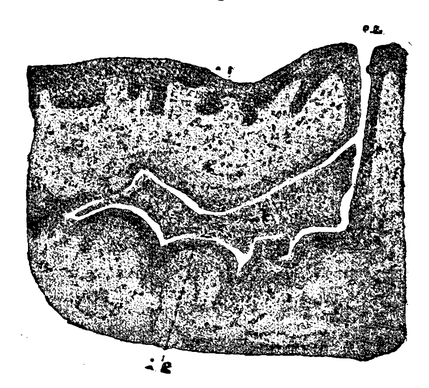


Fig. 1. Kombiniert schematisch, zeigt den Verlauf des Ganges, seine Verästelungen und das entzündliche Infiltrat.

Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung (Doz. Dr. Hornowski): „Mikroskopisches Präparat von einem Hautstück. Von der Oberfläche der Haut geht in die Tiefe ein Kanal, anfangs senkrecht, biegt er dann ab, verläuft parallel zur Hautoberfläche und gibt zahlreiche Äste gegen diese und nach unten ab. Der Kanal endigt blind. Die gröfste Breite der Epidermis beträgt 696 μ. An manchen Stellen ist sie von unten zugrunde gegangen und stellt nur eine ganz schmale Schicht verhornter Zellen dar. Der kleinste Abstand des Ganges von der Hautoberfläche beträgt 600 μ, der gröfste 1200 μ. Der Gang ist auf seiner ganzen Innenfläche von mehrschichtigem Plattenepithel ausgekleidet, dessen gröfste Breite 180 μ ausmacht. Der Durchmesser des Kanallumens an verschiedenen Stellen variiert zwischen 24 μ bis 444 μ. Im Inneren des Ganges finden wir in grofser Anzahl polynukleäre Leukocyten, daneben ebenfalls zahlreich rote Blutkörperchen. In den ersteren lassen sich Diplokokken nachweisen, in Gruppen typisch gelagert wie Gonokokken. Sie sind gramnegativ. An manchen Stellen in den Verbuchtungen des Ganges, welche gegen die

Hautoberfläche gerichtet sind, finden wir, dafs das Kanalinnere auskleidende Epithel vollständig zugrunde gegangen, so dafs die Leukocyteninfiltration aus dem Kanallumen direkt in das umgebende Bindegewebe eindringt. Diesen Stellen entsprechen auch in der Hautepidermis Dehiszenzen derselben. Polynukleäre Leukocyten finden wir somit: im Lumen des Kanals, mitten im Epithel, welches diesen auskleidet; in Gestalt von entzündlichen Infiltraten fast überall um, und nach aufsen von der Epithelschicht des Kanals; als kleine Infiltrate zerstreut im umgebenden Bindegewebe, hier und da auch in der Hautepidermis. Gonokokken konnte man nachweisen in den das Kanallumen ausfüllenden Leukocyten, in solchen im Epithel und den entzündlichen Infiltraten im Bindegewebe, jedoch nur an solchen Stellen, wo wir eine Zerstörung der Kanalwand gefunden haben. In den tieferen Hautschichten unter dem Kanal findet man zahlreiche, oft in Gruppen gelagerte eosinophile Zellen."



Fig. 2. (Zeiß 2. Zeich. Okul. Leitz 2.) Das Lumen des Ganges und das innen befindliche Exsudat Wände des Ganges aus mehrschichtigem Plattenepithel. Exsudat außerhalb vom Gang.

Das hier mitgeteilte Resultat der mikroskopischen Untersuchung beweist, dafs es sich in meinem Falle um eine gonorrhoische Infektion nicht eines Lymphgefäfses, sondern eines Kanals handelte, dessen Wände epidermoidalen Bau hatten. Das mehrschichtige Plattenepithel der Kanalwände, seitliche, blind endende Verästelungen, welche die Dicke der Haut nicht überragten, wie die mikroskopische Untersuchung bewiesen hat, leichte Verschieblichkeit des Ganges zusammen mit der Haut, endlich Mangel jeder Krankheitserscheinungen seitens der Harnröhre sprechen dafür, dafs der infizierte Kanal als Einbuchtung (Divertikel) der Haut und nicht der Schleimhaut präexistiert hatte. Warum ein Gang von diesem Baue gonorrhoisch infiziert wurde und nicht die mit Schleimhaut bedeckte, den eigentlichen Nährboden für Gonokokken darstellende Harnröhre, welche während des ganzen Krankheitsverlaufes nicht die mindesten Symptome einer Gonorrhoe aufwies, ist schwer zu erklären. Es ist möglich, dafs während des Coitus Gonokokken in die Kanalmündung aus einer gonorrhoisch ergriffenen Bartholinischen Drüse eingedrungen sind, während die Scheide frei von Gonokokken war. Ungewöhnlich und nicht leicht zu erklären scheint mir die Lokalisation des beschriebenen Ganges an der Seite des Penis, da die veröffentlichten Kanäle, Divertikel und Cysten als Bildungsanomalien gewöhnlich in der Mittellinie des Membrum, an der dorsalen oder unteren Fläche lokalisiert sind.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 108, Heft 3. Juli 1911.

1. **Lues maligna,** von Hugo Hecht-Prag. Die Hauterscheinungen der Lues maligna können die verschiedensten Formen haben, ulceröse, ekthymatöse, pustulöse, tuberöse und alle möglichen Kombinationen dieser Arten, als Frühgummen erscheinen und als Lichen lueticus. Maligne Lues kann sich auch vorwiegend auf der Schleimhaut lokalisieren (diphtheroide Plaques) oder an den Knochen (frühzeitige Gaumenperforation, Periostitiden).

Was die Lymphdrüsen anlangt, so lassen sich aus einmaliger Untersuchung keine prognostischen Schlüsse ziehen für die Zukunft. Eine längere Zeit hindurch betriebene Beobachtung kann wertvolles Material zur Prognosenstellung liefern, insofern eine Änderung im Verhalten der Lymphdrüsen eine Umstimmung des Organismus anzeigt. Es ist ein gutes Zeichen, wenn bei einer langdauernden Lues maligna die normal grofsen Lymphdrüsen anschwellen; es ist ein signum mali ominis, wenn eine bestehende Lymphdrüsenschwellung trotz neuer Erscheinungen von seiten der Syphilis verschwindet. Denn die Schwellung der Lymphdrüsen, die bei einer Allgemeininfektion eines Individuums eintritt, ist eine Reaktion, eine Abwehrbewegung des sich gegen die eingedrungenen Erreger wehrenden Organismus. Funktionieren die normalen Schutzkräfte des Organismus gut, dann kommt es zu einer universellen Drüsenschwellung, die erst schwindet, wenn die Haupterscheinungen vorbei sind. Man kann also das Verhalten der Lymphdrüsen als Reaktion im weitesten Sinne des Wortes auffassen, deren positiver Ausfall (als allgemeine Sehwellung) bei Lues maligna eine günstigere Prognose zulässig erscheinen läfst, als der negative Befund (fehlende Schwellung). Ein Wechsel von negativ zu positiv ist prognostisch günstig, von positiv zu negativ bei gleichzeitigem Ausbruch neuer Erscheinungen äufserst infaust.

Die Seroreaktion ist eine Reaktion des Organismus, die mit seiner Wehrkraft gegen Krankheitsereger in einigem Zusammenhang steht. Bei maligner Lues ist stetige positive oder negative Reaktion unter neuen Nachschüben prognostisch als ungünstig, rasches Schwinden der positiven als verdächtig, plötzlicher Umschlag von negativer zu positiver jedoch als günstig zu bezeichnen.

Was die Wirkung der Antisyphilitica bei maligner Lues anlangt, so ist die Wirkungslosigkeit des Quecksilbers kein Allgemeinsymptom der Lues maligna und kann deshalb nicht als Charakteristikum im Sinne der Diagnose für die Malignität angeführt werden; immerhin können wir aus dem Erfolg der Quecksilberbehandlung einen Rückschlufs auf die Abwehrkräfte des Organismus ziehen. Ebenso wird ein Darniederliegen gewisser normaler Funktionen im Organismus durch das Auftreten von Jodismus angedeutet. Das Versagen des sonst so gutwirkenden Salvarsans hat ebenso als Symptom der mangelnden Reaktionsfähigkeit zu gelten.

Für die Diagnose ist das Hauptaugenmerk auf das frühzeitige Auftreten von Spätsymptomen und deren Neigung zu raschem Zerfall zu legen.

Nach den vorliegenden Untersuchungen ist die Lues maligna einzuteilen in eine solche aus unbekannten Ursachen und in eine in bekannten Ursachen begründete; letztere können sein: chronische Allgemeinerkrankung (z. B. tuberkulöse) oder chronischschwächende Allgemeinzustände (Alkoholismus, Skrophulose, schlechte Lebensverhält-

nisse, Überbehandlung usw.) oder akute Allgemeinerkrankungen, wie z. B. universelles Ekzem, Variola oder dergleichen.

2. **Über Serodiagnose der Syphilis mittels Konglutinationsreaktion,** von Karvonen-Helsingfors. Im Verfolg der Ideen von Streng, welcher gezeigt hat, dafs die Ausführung der Komplementbindungsreaktion wesentlich einfacher ausfällt, wenn man dabei an Stelle der Hämolyse die von ihm erfundene Konglutination der Bakterien als Indikator benutzt, hat K. eine Methode ausgearbeitet, bei der er als Indikator die Konglutination der Blutkörperchen anwendet. Er hält die Methode, deren genaue Vorschriften in kurzen Referaten nicht zu geben, sondern im Original nachzulesen sind, für wesentlich einfacher wie die Original-Wassermannsche Reaktion. In 350 genau studierten Fällen stimmte die negative Reaktion 166 mal mit Wassermann überein, die positive in 177 Fällen, während in 66 Fällen der Wassermann negativ und die Konglutinationsreaktion positiv ausfiel; in nur sechs Fällen Wassermann positiv oder unsicher und Konglutinationsreaktion negativ.

3. **Über Syringome.** 1. Verhältnis zu den Trichoepitheliomen. 2. Glykogengehalt, von Rothe-Bern. R. hat bei sechs Patienten, bei denen mit Bestimmtheit die Diagnose auf Syringome gestellt wurde, Exzisionen vornehmen können; die histologische Untersuchung ergab in allen Fällen das bekannte Bild der Syringome, so dafs weder von einer Kombination mit Trichoepitheliom die Rede sein konnte, noch der Befund von Werther sich bestätigen liefs, der in drei Fällen auf Grund seiner histologischen Untersuchungen das Syringom für identisch mit dem Trichoepithelioma Jarischs erklären mufste.

Was die Untersuchungen über den Glykogengehalt anlangt, so konnte R. in allen Fällen innerhalb des Epithels der Syringomknötchen und -Cysten und der sie verbindenden Stränge Glykogen nachweisen.

4. **Liegen beim Pemphigus Störungen der Kochsalzausscheidung vor?** von Gustav Stuempke-Hannover. Bei einem schon in Rückbildung befindlichen Pemphigus wurden fortlaufende Kochsalzbestimmungen ausgeführt, die bei wiederholten Pemphigusnachschüben noch einigemale wiederholt wurden; die Untersuchung hat ergeben, dafs in den Intervallstadien je eine normale, etwas gesteigerte und etwas verminderte Kochsalzausscheidung stattfand, so dafs die Verhältnisse bezüglich des Kochsalzstoffwechsels als annähernd normal zu bezeichnen waren. Dagegen war die Kochsalzretention in den Eruptionsstadien derartig, dafs man sie als pathologisch bezeichnen darf.

5. **Die Kladiose,** eine durch einen bisher nicht bekannten Pilz (Mastigocladium) hervorgerufene Dermatomykose, von Br. Bloch und Ad. Vischer-Basel. Den in den letzten Jahren neuentdeckten Mykosen können die Verfasser eine neue anfügen, verursacht durch einen Pilz, der bis jetzt überhaupt noch nicht beschrieben worden ist. Bei einem 69 jährigen Metzger finden sich, bis zu einem gewissen Grade in symmetrischer Verteilung, oberflächlichere, weniger infiltrierte, verruköse und papilläre, mit festhaftenden Hornmassen und Krusten bedeckte Herde an beiden Handrücken, zum Teil auf die Finger übergreifend, und an beiden Ellenbogen und Umgebung. Die angrenzenden Hautpartien fallen auf durch ihre relativ weiche, schwammig-speckige Konsistenz und Farbe. Daneben bestehen, ebenfalls mehr oder minder symmetrisch, isolierte, tiefgreifende, längs verdickter Lymphstränge angeordnete Herde. Es sind das Knoten von der verschiedensten Gröfse, die rasch erweichen und nach aufsen durchbrechen. An der Durchbruchsstelle kommt es zur Bildung eigentümlich zackiger, papillärer, oft noch peripher sich vergröfsernder Geschwüre. Im übrigen ist die Haut und Schleimhaut durchaus normal, die Lymphdrüsen nicht vergröfsert; die inneren Organe, Blut und Urin zeigen normale Verhältnisse. Im Eiter- und Gewebsmaterial

wurden auf Maltoseagar und Glycerinagar Kulturen erhalten, die mit Sicherheit einen Pilz zeigten, der mit keinem bisher gezüchteten pathogenen Pilze identisch ist. Besonders zeigten sich die Keimungs- und Fruktifikationsvorgänge, die genau beschrieben werden, vollkommen von bekannten verschieden. Genaue histologische Untersuchungen. Jodkalium in hohen Dosen (4—8 g pro Tag) waren von prompter Besserung gefolgt.

6. **Über das syphilitische Fieber**, von Arthur Jordan - Moskau. Mitteilung dreier interessanter Fälle mit daran angeschlossenen Erwägungen, die Verfasser folgendermafsen zusammenfafst:

1. Im sekundären, wie tertiären Stadium der Syphilis kommt ein rein luetisches Fieber vor.

2. Das Fieber im sekundären Stadium ist viel öfter, als man im allgemeinen annimmt, es beginnt kurz vor Ausbruch des Exanthems und dauert meist nur wenige Tage. Ausnahmsweise zieht es sich über viele Wochen hin.

3. Das Fieber im tertiären Stadium ist im allgemeinen selten. Es kann als Vorläufer einer äufseren, tertiär-luetischen Erscheinung oder als Ausdruck luetischer Veränderungen innerer Organe auftreten, kann aber auch ganz selbständig sein.

4. Der Typus des Fiebers ist ebenso oft remittierend wie intermittierend, selten irregulär.

5. Diagnostisch ist beim syphilitischen Fieber das gute Allgemeinbefinden zu berücksichtigen.

6. Die Wassermannsche Reaktion kann diagnostisch von Wert sein.

7. Therapeutisch sind Hg und Jodkalium von guter, aber nicht immer dauerhafter Wirkung, Salvarsan scheint wertvoller zu sein.

Band 109, Heft 1 u. 2. August 1911.

1. **Superinfectio syphilitica**, von Fritz Lipschitz-Berlin. L. berichtet über zwei sehr interessante Fälle, in denen während des Bestehens sekundärer Erscheinungen typische neue Primäraffekte auftraten. Er erklärt diese Fälle für die ersten, wirklich strengsten Kriterien standhaltenden Fälle von Superinfektion und beschäftigt sich eingehend mit den Veröffentlichungen von Polland und Preis, die er nicht als sichere Superinfektionen ansieht, da er für die Definition der Superinfektion fordert, dafs die erste Infektion im sekundären Stadium sich befindet und ihre Symptome zurzeit der Beobachtung sichtbar sind. Die zweite Infektion darf nur in der Gestalt des Primäraffektes erkennbar sein und die Identität der klinisch sichtbaren Affektion mit diesem pathologischen Prozesse mufs aufser allem Zweifel stehen. Um letzteres zu zeigen, hat er auch in seinen beiden Fällen das Ulcus exzidiert und histologisch untersucht. (Die Arbeit ist den Autoren zum Studium empfohlen, die in der letzten Zeit über Primäraffekte als Zeichen einer nach Salvarsan geheilten Syphilis berichteten. D. Ref.).

2. **Arsenizismus mit retikulärer Melanodermie**, von P. L. Bosellini-Bologna. B. berichtet über zwei jüngere weibliche Patienten, bei denen nach längerer Arsenkur neben anderen Erscheinungen des Arsenizismus Pigmentierungen von deutlich retikulärer Anordnung hervortraten. Die erythematösen Hautveränderungen, welche den Pigmentierungen vorangingen, geben dem Verfasser Gelegenheit, die pathogenetische Frage der Arsenmelanose jener der syphilitischen Melanose zu nähern und sich eingehend darüber auszulassen, weshalb alle diese Melanodermien nur sekundär sein können, d. h. entzündlichen in der Haut durch toxische oder toxisch-infektiöse Agentien hervorgerufenen Prozessen folgen.

3. **Zur Kenntnis der verkalkten Epitheliome der Haut**, von Kota Murakami-Japan. Aus dem Material des pathologischen Instituts zu Göttingen hat M. vier verkalkte Geschwülste der Haut einer mikroskopischen Untersuchung unterziehen können.

Es handelte sich in den vier Fällen um in der Subcutis eingebalgte, verkalkte Epithelgeschwülste, in deren Zellelementen verhornte, in einem Fall auch verschleimte und verfettete Substanzen nachweisbar sind. Dem ganzen Charakter der Geschwülste nach kann der Ausgangspunkt nur in lebendigen entwicklungsfähigen Epithelien zu suchen sein, und M. sieht als solchen die Talgdrüsen an. Während in dem histologischen Bau der einzelnen Geschwulstzellen kein durchgreifender Unterschied zwischen denen des verkalkten Epithelioms und des Kankroid zu konstatieren ist, unterscheiden sich beide in erster Linie darin, dafs das Kankroid keine Kapsel hat. Da das verkalkte Epitheliom in seinem Wachstum durch eine solche Kapsel beschränkt ist, nicht infiltrierend wächst und keine Metastasen macht, kann es nicht den Kankroiden zugerechnet werden, sondern ist als Geschwulst sui generis aufzufassen. Was die Ursache der Verkalkung betrifft, so scheint auch in dem beschriebenen Falle die Annahme anderer Verfasser zuzutreffen, dafs dieselbe auf einer Ernährungsstörung infolge von Veränderung der Blutgefäfse durch endarteriitische und endophlebitische Prozesse mit Verengerung und Obliteration der Gefäfslumina beruhe.

4. **Vergleichende Befunde bei Hypotrichosis des Menschen und des Hundes,** von Oskar Scheuer und F. G. Kohn. Bei einem $14^1/_2$jährigen normal gewachsenen Mädchen fehlt jegliche Behaarung mit Aussnahme eines Haarbüschels am Scheitel und sehr schütterer Augenbrauen. Der Fall wurde genau histologisch untersucht und gibt dem Verfasser Gelegenheit zu Vergleichen mit den Verhältnissen beim Nackthunde, bei welchem nachgewiesenermafsen Entwicklungshemmungen mitbeteiligt sind, für die aber beim Menschen vorläufig erst wenig Anhaltspunkte vorhanden sind. Die Verfasser sind geneigt, Dysplasien und sekundäre Rückbildungen im Gebiete der ganzen Körperdecke zur Erklärung der Hypotrichosis heranzuziehen.

5. **Über Blut- und Sekretuntersuchungen auf eosinophile Zellen und basophile Leukocyten (Mastzellen) bei Blennorrhoikern,** von Max Schuh-Nürnberg. Die Untersuchungen von Wile wie die von Lohnstein und Hirschfeld haben keine Korrespondenz zwischen Basophilie im Blut und Eiter ergeben. Und was die eosinophilen Zellen betrifft, so findet sich vollkommene Meinungsverschiedenheit: Autoren, die einen Parallelismus zwischen Eosinophilie des Blutes und des Eiters gefunden haben, stehen Autoren gegenüber, die gegenteiliger Anschauung sind. Verfasser hat nun in 30 Fällen genaue Untersuchungen angestellt und in vielen Fällen analoge Verhältnisse bezüglich des Sekret- und Blutbefundes an eosinophilen Zellen und Mastzellen beobachten können; wenn er auch die Zahl seiner Fälle für nicht ausreichend zu einem absolut entscheidenden Urteil hält, so glaubt er doch einen direkten Parallelismus zwischen Blut und Sekret hinsichtlich der eosinophilen Zellen annehmen zu können. Im Gegensatz zu Lohnstein und Hirschfeld ist er auch bezüglich der Mastzellen dieser Meinung und glaubt, auch im allgemeinen gegen eine lokale Genese der eosinophilen Zellen und Mastzellen in Blennorrhoesekret das aussprechen zu müssen.

6. **Über den Verlauf und die histologischen Untersuchungen der luetischen Hyperkeratosen bei Behandlung mit Salvarsan,** von J. Odstrčil-Prag. Drei Fälle mit sogenannten Clavi syphilitici nebst histologischen Untersuchungen, aus denen Verfasser den Schlufs zieht, dafs nur „die in der Tiefe begonnene spezifische Entzündung die Hyperkeratosen hervorgerufen hat.“ „Der luetische Prozefs kann entweder durch im Blute zirkulierende toxische Substanzen oder durch Spirochäten selbst eingeleitet werden. In der Cutis und Subcutis sieht man bei diesem Prozesse, dafs sämtliche Gefäfsschlingen eine mächtige Anhäufung eines kleinzelligen Infiltrats zeigen, welches mit den feinsten Gefäfsverästelungen bis in die Spitzen der Papillen, ja sogar in den basalen Teil des Stratum Malpighii eindringt. Im Verlaufe des spezifischen Prozesses werden diese Schichten gereizt und es kommt zur gesteigerten Epithelzell-

proliferation. Letztere schreitet im viel rascheren Tempo als im normalen Zustande fort, weswegen sich die Zellschichten aneinanderhäufen. Hierbei wandelt sich ein gröfserer Teil der Zellen in den obersten Reihen des Stratum granulosum durch stete Apposition und festes Zusammenhalten in kernlose Hornlamellen um.

Die Abnutzung und der Austausch der Hornschicht kann nicht gleichmäfsig mit der gesteigerten Vermehrung der Zellen vor sich gehen; auch findet dabei die Austrocknung und Entfettung der Hornschicht nicht im ausgiebigen Mafse statt, folglich kommt es zur Ausbildung von lokalen Hyperkeratosen.

Aus dem Vorgesagten geht hervor, dafs die spezifische luetische Entzündung in der Cutis und Subcutis allein Hyperkeratosen der Hohlhand und Fufssohle hervorzurufen vermag.

Zum weiteren Ausbaue einer mächtigen Hornschichtauflagerung kann eventuell auch noch der Druck der bereits geschweifsten Hornmassen beitragen, respektive spielen dabei auch noch andere äufsere Einflüsse eine gewisse Rolle mit."

7. **Über einen eigenartigen Fall von Lupus erythematodes**, von H. Guth-Prag. Das Abweichende und Eigenartige in dem beschriebenen Falle eines 15jährigen Mädchens war die Bildung von scharf hervortretenden konzentrischen, roten Ringen und von in gleicher Weise verlaufenden Schuppensäumen.

8. **Das Überempfindlichkeitsproblem in der Dermatologie**, von Richard Volk-Wien. Tierexperimentelle Studien, veranlafst durch die aus den bisherigen Veröffentlichungen über diesen Punkt hervorgehende Divergenz der Ansichten: Negativer Ausfall der Tierversuche auf der einen Seite gegenüber der Annahme des Entstehens einer spezifisch anaphylaktogen wirkenden Eiweifsverbindung auf der anderen Seite. Dem Verfasser ist mit dem Serum eines As- und eines chininidiosynkrasischen Menschen die heterologe Übertragung der Überempfindlichkeit auf Meerschweinchen nicht gelungen. Auch die Erzeugung einer aktiven Anaphylaxie gegen gewisse chemische Substanzen gelingt beim Meerschweinchen nicht. Auch war es nicht möglich, durch wiederholte Injektionen verschiedener Medikamente bei Kaninchen in deren Serum Substanzen nachzuweisen, welche, auf Meerschweinchen übertragen, im Sinne einer passiven Anaphylaxie wirken. Verfasser glaubt, dafs die bisherigen Tierversuche ein greifbares Resultat nicht haben konnten, da sie mit toxischen oder fast toxischen Dosen unternommen worden sind.

Weiterhin spricht V. über die Möglichkeit der Gewöhnung an gewisse, schlecht verträgliche Medikamente und meint, dafs ebensowenig als diese Gewöhnung mit echter Immunität etwas zu tun hat, die meisten Fälle von medikamentöser Idiosynkrasie mit echter Anaphylaxie etwas zu tun haben. „Die Ursachen sind nach wie vor erst aufzufinden."

9. **Beitrag zur Pathologie des Morbus Darier**, von B. Spiethoff-Jena. Mitteilung eines Falles von Morbus Darier, der in klinischer und histologischer Hinsicht interessante Momente aufweist. Klinisch eigenartig ist zunächst das zeitweise Auftreten zahlreicher Bläschen, die sich zumeist auf dem Boden eines Knötchens, aber auch ganz gelegentlich als primäre Bläschen auf unveränderter Basis entwickeln, sowie, als weiterer Ausdruck heftiger entzündlicher Zustände, die stark nässenden Erscheinungen im Epithelbild. Histologisch trat eine starke, weit ins Corium hineinreichende, oft von den Follikeln ausgehende Epithelhyperplasie in einzelnen Effloreszenzen hervor und degenerative Vorgänge inmitten dieser gewucherten, im Corium liegenden und vom Deckepithel überzogenen Epithelmassen. An Interesse gewinnt der Fall noch dadurch, dafs der Patient nach jahrzehntelangem Bestehen des Exanthems an Magencarcinom, das in vielen Organen Metastasen gesetzt hatte, zugrunde ging.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band XIV, Heft 11. August 1911.

1. **Über dermatologische Radiumbehandlung**, von Dreuw-Berlin. D. gibt einige Instrumente an (mit Abbildungen) zur zweckmäfsigen Applikation des Radiums unter gleichzeitig möglichst vollständiger Ausnutzung der Radiumoberfläche. Besonders praktisch erscheint ein von ihm Radioplan genannter Apparat für dermatologische Zwecke, bei dem „der mit unlöslichem Radiumsalz durchtränkte Stoff“ in einem Kästchen eingeschlossen ist, das auf die zu behandelnde Stelle einen energischen Druck ausüben und so die Haut anämisieren und desensibilisieren kann, während andererseits durch eine Verbindung mit einem Gummiballon eine Saugwirkung und damit Hyperämie und Sensibilisierung erzielt wird.

2. **Primäraffektartige Bildungen im Verlaufe der Syphilis**, von Gustav Heim-Bonn. Ein Patient, dessen Syphilis nach fünfmonatigem Bestand und ohne Vorbehandlung mit 0,6 Salvarsan behandelt wurde, bekam 14 Tage nach der Injektion am Penis, doch fern von der ersten Induration, eine etwas wunde Verhärtung von Form und Gröfse einer Bohne, welche wie ein syphilitischer Schanker aussah, aber im Verlauf von acht Tagen von selbst gänzlich verschwand. Verfasser bringt seine Beobachtung in Beziehung zu den von Bettmann beschriebenen Frührezidiven und zu den von Thalmann schon vor der Salvarsanzeit beobachteten „Solitärsekundäraffekten“. „Ich erkläre mir dieses Phänomen derart, dafs das Antisyphilitikum im Körper alles Syphilisgift vernichtet hatte mit Ausnahme des kleinen Quantums am Orte der zweiten Sklerose, so dafs die Spirochäten hier, wie bei einem noch nicht von Syphilis berührten Individuum, eine dem spezifischen Primäraffekt gleiche Neubildung hervorbringen konnten. Diese verschwand, denke ich mir, in meinem Fall wieder, weil die in ihr steckenden Spirochäten von noch im Körper befindlichen Salvarsan getroffen und vernichtet wurden.“ *W. Lehmann-Stettin.*

The British Journal of Dermatology.

Juli 1911.

Über Hautpigmentierung, von William Dyson. Verfasser nahm eine Reihe von Untersuchungen an normaler Haut, bei Lentigo, Pigmentnaevi, pigmentierten Papillomen usw. vor und kam zu folgenden Schlufsergebnissen: 1. Die Bildung des melanotischen Pigments ist eine normale Funktion des Epidermiszellstoffwechsels. 2. Es ist ursprünglich ein Lipochrom und das Melanin der chromatische Proteidteil nach dessen Trennung von den komplizierten Lipoidkörnchen. 3. Das Pigment ist ein Kernprodukt. 4. Das Hautpigment wird durch den Lymphstrom über die Cutis verteilt. 5. Die Bildung von melanotischem Pigment in der letzteren ist noch unbewiesen. Hält man den epithelialen Ursprung des melanotischen Pigments für erwiesen, so können die abnormen Pigmentbildungen auf zweierlei Weise erklärt werden: 1. durch Anregung der Epidermalzellen zu vermehrter Tätigkeit durch verschiedene Agentien, wie Licht, Hitze, toxämische Zustände usw.; 2. durch mangelhafte Drainage infolge von Obstruktion der Lymphwege der Cutis. Im ersteren Falle handelt es sich meist um vorübergehende Pigmentbildung, (z. B. bei Röntgenbestrahlung), im letzteren kann dieselbe bei anhaltender Obstruktion eine dauernde werden und die Tendenz haben, immer weiter zu schreiten. Hierbei kann noch ein weiterer Umstand, nämlich verminderte Lebensfähigkeit der Zellen respektive Degeneration des Zellkerns, hinzutreten. Bei Vitiligo findet eine Pigmentvermehrung statt, bevor die Haut ihr Pigment verliert und D. erklärt sich diesen Vorgang folgendermafsen: Die Epidermiszellen werden durch irgendeine (wahrscheinlich toxische) Ursache zu ver-

mehrter Pigmentbildung angeregt. Bei längerer Dauer dieses Reizes erfahren die Zellen einen Zustand von Depression, wodurch deren Funktionsfähigkeit herabgesetzt wird, die Pigmentbildung aufhört und das vorhandene Pigment allmählich durch den Lymphstrom weggeschafft wird; die Pigmentbildung beginnt erst dann wieder, wenn die Funktionsfähigkeit der Epidermiszellen wieder völlig hergestellt ist. Mit Abbildungen über den histologischen Befund und Literaturverzeichnis.

Stern-München.

Bulletin de la société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 6. Juli 1911.

Behandlung des Rhinophyms mit Radium, von Wickham und Degrais. Durch die Bestrahlung mit Radium beginnt eine Dekongestion und eine Vertrocknung der Talgdrüsen. Die Atrophie, die sich daran anschliefst, bewirkt Verkleinerung des Tumors. Später verwandelt sich das Talgdrüsensekret in eine feste Masse, die exstirpiert werden mufs. Demonstration eines Falles.

Belot hat mit Röntgenstrahlen dieselben guten Erfolge gehabt.

Grofse angiomatöse Tumoren durch Radium seit mehreren Jahren geheilt, von Wickham und Degrais. Bericht über zehn Patienten, die durch grofse Angiome verunstaltet waren und die durch Radiumbehandlung seit einigen Jahren geheilt sind. Besonders hervorzuheben ist ein Kind, das enorme Angiome auf der Wange, in der Nase, im Munde, auf den Lippen und Augenlidern hatte und nun nach drei Jahren vollständig normales Aussehen hat.

Papulonekrotische Tuberkulide, von Gaucher und Croissant. Ein 26 jähriger Patient wurde von einer schubweise auftretenden Hautaffektion befallen, die von den unteren Extremitäten allmählich aufstieg. Man findet die Effloreszenzen in verschiedenen Entwicklungsstadien: kleine, blafsrote, derbe Knötchen, dann solche, auf denen sich ein kleines Bläschen erhebt, schliefslich Pusteln, mit einer Kruste bedeckt oder kleine Ulcerationen, und endlich deprimierte Narben.

Behandlung der Genitalgangrän mit heifser Luft, von Gaucher und Vignat. Bei Genitalgangrän werden zuerst zahlreiche Inzisionen in die nekrotischen Teile gemacht, dann wird durch einen Apparat, in dem Luft auf elektrischem Wege auf 700—800° erhitzt wird, stofsweise ein Strom heifser Luft gegen diese Partien gerichtet. Auf diese Weise wird der ganze gangränöse Teil verschorft; wichtig ist, dafs auch die tiefen Partien und der Rand zerstört werden. Bericht über günstige Erfolge.

Erbsyphilis mit Leukotrichie, von Gaucher und Croissant. Ein 16 jähriger Knabe mit unverkennbaren Zeichen der hereditären Syphilis (Stirnhöcker, Zahndeformitäten, Gesichtsassymetrie, Hyperostosen usw.) hat seit dem dritten Lebensjahre völlig weifse Haare.

Pigmentflecke unbekannter Natur, von Margoglou. Ein 22 jähriger Mann erkrankte plötzlich an schubweise auftretenden Eruptionen von mäfsig grofsen, roten Flecken, die sich allmählich vergröfserten und mehr schwarz wurden. Histologisch zeigt sich eine Pigmentation im Papillarkörper und Degenerationsherde in der Schleimschicht. M. hält das Exanthem für eine Toxicodermie.

Rezidivierende Syphilis nach Behandlung mit Hektine und Salvarsan, von Margoglou. Zwei Fälle, die erst mit Hektine, dann mit Salvarsan behandelt wurden, zeigten bald nach der Injektion frühtertiäre Symptome. M. nimmt eine Arsenresistenz der Spirochäten an.

Banale Papillomatose nach oberflächlicher Infektion der Haut, von Fage. An der Hand mehrerer Fälle zeigt Fage, dafs papillomatöse Wucherungen nach den

verschiedensten Infektionen der Haut auftreten können. Deshalb ist die Abtrennung einer „Impetigo verrucosa“ nach Gaucher, Gougerot und Dubosc nicht berechtigt.

Symmetrische Exostosen der Stirngegend, von Hallopeau und François Dainville. Eine Patientin hatte neben anderen tertiär-luetischen Erscheinungen vier symmetrisch angeordnete Exostosen auf der Stirne. Heilung.

Schmerzhafter Knoten nach einer Salvarsaninjektion, von Hallopeau und François Dainville. Bei einem Patienten, der 0,6 Salvarsan unterhalb des rechten Schulterblattes injiziert erhalten hatte, bildete sich ein Knoten, der noch nach neun Monaten sehr schmerzhaft ist.

Arsenpräparate in der Syphilisbehandlung, von Filaretopoulo. Intramuskuläre Salvarsaninjektionen sind sehr schmerzhaft, intravenöse zwingen den Patienten durch die Begleiterscheinungen (Schüttelfrost usw.) zur Bettruhe. Hektine dagegen stört den Kranken nicht in seiner Beschäftigung.

Neuer Apparat zur Salvarsaninjektion, von Milian. Durch ein vorgeschaltetes Filter wird die Lösung sterilisiert.

Beitrag zum Studium der Injektionen von Salvarsan in Ölemulsion, von L. Spillmann und R. Simon. Die intramuskulären Injektionen von Salvarsan in Ölemulsion sind wegen ihrer Leichtigkeit, Schmerzlosigkeit und prompten Wirkung sehr zu empfehlen. Da sie Rezidive nicht verhindern, sind sie zu wiederholen und mit Hg-Kuren zu kombinieren.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Bayet, Dujardin und J. Desneux. Um die Symptome der Syphilis zum Schwinden zu bringen, genügen kleine Salvarsandosen. Um sie aber völlig zu heilen und negativen Wassermann zu erzielen sind hohe Dosen (1,5—3,0) in wöchentlichen Injektionen von 0,4—0,6 anzuwenden. Wenn auch bei sekundärer Syphilis der Zweck nicht immer erreicht wird, so bleibt Salvarsan dennoch dem Quecksilber überlegen.

Die Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion, von Milian. M. betrachtet die Fälle, wo eine negative Wassermannsche Reaktion nach einer Salvarsaninjektion positiv wird, nicht als Ausnahmen. Durch das Salvarsan werden Spirochäten abgetötet, die dann, ebenso wie die Injektion eines abgetöteten Virus, Antikörper erzeugen und damit die positive Wassermannsche Reaktion hervorrufen. Das nennt Milian Reaktivierung der W. R.

Neurorezidive nach Salvarsaninjektionen, von Bayet, Dujardin und Desneux. Die Nervenerscheinungen nach Salvarsan sind Ausdruck einer fast vollendeten Sterilisierung des Körpers. Durch die Abtötung der gröfsten Menge der Spirochäten fehlt dem Körper die Möglichkeit, Abwehrvorrichtungen zu treffen, so dafs lokale Spirochätenherde schwere Erscheinungen setzen können.

Die Dosierung unlöslicher Arsenpräparate, von Balzer und Godlewski. Die Verfasser halten Dosen von 0,3 (speziell Salvarsan) 2—3 mal wiederholt für völlig hinreichend und für weniger gefährlich.

Die Änderung der Seroreaktion nach Salvarsaninjektionen, von Orleman-Robinson. Mit der Noguchischen Modifikation findet man, dafs eine grofse Anzahl Syphilitiker nach Salvarsaninjektionen negativ wird.

Die Kontrolle der Wirksamkeit von Quecksilber- und Arsenkuren bei Syphilis an der Hand der Veränderungen der Seroreaktion, von Gastou. Die Seroreaktion gewinnt immer mehr an Wert als Kontrolle der Behandlung.

Fall zum Diagnostizieren, von Orleman-Robinson. Photographien einer Frau, bei der am Nacken, Ellenbogen, Kniekehlen, Oberschenkel, Knien und Leisten stecknadelkopfgrofse und gröfsere rote, auf Druck verschwindende, teils vesikulöse Knötchen aufgetreten waren. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Folia urologica.

Bd. VI, Nr. 2. Juli 1911.

1. **Einige bemerkenswerte Fälle aus der Nierenchirurgie,** von ALFRED CAHN-Berlin. Ein Hypernephrom der Niere mit Carcinommetastasen im Ureter und in der Lunge. Ein 10,5 kg schwerer sarkomatöser Tumor der Nierenkapsel bei einem 59jährigen Manne. Ein Endotheliom der Niere bei einem 3jährigen Kinde.

2. **Chirurgischer Beitrag zum Studium der Nierenfunktion,** von F. CATHELIN-Paris. Untersuchungen über die relative und absolute Menge der Harnstoffausscheidung und deren Bewertung. Die Verminderung der Ausscheidung von seiten einer kranken Niere ist so auffallend, dafs die Bestimmung der Harnstoffmenge in den getrennt aufgefangenen Harnen nach C. die einfachste Funktionsprüfung darstellt. In beinahe 200 Operationen der letzten zehn Jahre hat sich C. nach dem Ausfall dieser Untersuchung gerichtet.

3. **Heminephrektomie bei Hufeisenniere,** von TH. L. KOBYLINSKI-St. Petersburg. Bei Erkrankung einer Hufeisenniere besonders an Hydronephrose ist es möglich, die eine Hälfte des Organs zu resezieren, da die andere Hälfte als selbständiges Organ weiter funktioniert. *W. Lehmann-Stettin.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band 6, Heft 8. August 1911.

1. **Fünfzig Fälle von Syphilis behandelt mit Salvarsan in öliger Suspension,** von LOUIS SPILLMANN und RENÉ SIMON. In der Form der öligen Emulsion sind die Injektionen schmerzlos und so gut vertragen worden, dafs sie ambulant durchgeführt werden konnten. Die Resultate waren gut; einmalige Injektion genügte meist nicht zur Heilung der vorliegenden Symptome — überhaupt erwiesen sich wiederholte fraktionierte Dosen als vorteilhafter. Die Verfasser plaidieren für die kombinierte Rehandlung mit Hg und Salvarsan, und stellen für Salvarsan folgende Indikationen auf: 1. im allerersten Stadium der Syphilis; 2. bei vorzeitiger maligner Syphilis und allen schweren Manifestationen derselben; 3. bei Hg-refraktionären Fällen von Lues und schliefslich 4. bei merkurieller Intoxikation.

2. **Psoriasis und psoriasisforme Syphilide. Diagnostischer Wert der Seroreaktion nach WASSERMANN,** von B. SABIN. Veranlafst durch einige Arbeiten in denen bei verschiedenen Fällen von Psoriasis ein positiver Ausfall des WASSERMANN festgestellt wurde, und durch die daraus resultierende angeregte Polemik, hat Verfasserin 20 Fälle typischer Psoriasis aus dem Material der Klinik GAUCHER der Reaktion unterzogen und in 19 Fällen ein glatt negatives, nur in einem Falle ein zweifelhaftes Resultat erhalten. Die Verfasserin glaubt nicht, dafs bei reiner Psoriasis ein positiver WASSERMANN sich finden und die Bewertung desselben herabsetzen wird; gerade bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, wenn ein Syphilid ein psoriasisähnliches Aussehen hat, wird der WASSERMANN die Entscheidung geben.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1911. Band I, Heft 9.

1. **Über die Pyelotomie bei der Entfernung der Nierensteine,** von BAZY.

2. **Komplette Harnretention im Verlauf einer Cystitis ulcerosa bei einer Frau,** von GEORGES GROSS und L. KEULLY - Nancy. Die Verfasser beobachteten bei einer 68jährigen Frau, die seit einigen Wochen die Erscheinungen einer akuten eitrigen

Cystitis aufwies, eine vollständige Harnretention ohne mechanische Behinderung des Harnabflusses. Der ohne Schwierigkeit mit dem Katheter entleerte Urin enthielt Blut und Eiter, die Blase, die aufserordentlich druckempfindlich war, fühlte sich von der Vagina aus wie ein mandarinengrofser, harter Körper an. Die Retention dauerte fort, ohne dafs es zu Ischuria paradoxa gekommen wäre; erst kurz vor dem Tode, der nach einigen Tagen erfolgte, liefs die Kranke den Harn einmal unter sich gehen. Die Sektion ergab, dafs die Wandung der Blase um das dreifache verdickt und ganz hart war, die Oberfläche der Blasenschleimhaut war bläulichbraun und mit Eiterbläschen bedeckt. Es handelte sich, wie die histologische Untersuchung erwies, nicht etwa um eine Blasentuberkulose, sondern um eine ulceröse Cystitis banalen Ursprungs mit totalem Verlust des Epithels, starker Gefäfsdilatation und leukocytärer Infiltration, die Muscularis war hypertrophisch, die Submucosa sklerosiert; Nieren und Urethra waren intakt.

Vollständige Harnretention ohne mechanisches Hindernis für die Harnentleerung ist sehr selten, bei Frauen noch seltener als bei Männern. Häufiger sind inkomplette Retentionen im Verlaufe von Blasenentzündungen; ob in dem beschriebenen Falle vor dem Auftreten der kompletten Retention schon eine inkomplette bestanden hatte, liefs sich nicht feststellen. Eine idiopathische Blasenlähmung lag, da die Muscularis deutlich hypertrophisch war, nicht vor.

3. **Drei Fälle von Anuria calculosa,** von Kouznetzki - Petersburg. Aus dem Russischen übersetzt von Rizat. Von den drei Fällen von Anuria calculosa, die K. ausführlich beschreibt, betraf der eine eine Frau mit angeborenem einseitigen Nierendefekt; die Anurie trat im Verlaufe von fünf Jahren fünfmal auf, drei Anfälle wurden durch Katheterisierung des Ureters, einer durch Ureterolithotomie beseitigt, einmal endigte die Anurie spontan. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Frau, bei der wegen Pyonephrose die rechte Niere entfernt worden war; Katheterisierung des Ureters brachte die Harnausscheidung wieder in Gang und bewirkte gleichzeitig, dafs der Stein nach abwärts sich bewegte und schliefslich ausgeschieden wurde. Im dritten Falle wurde in der Annahme, dafs lediglich eine reflektorische Anurie der rechten Seite infolge Verlegung des linken Ureters durch einen Stein vorliege, eine linksseitige Pyelotomie gemacht. Der Kranke starb am 13. Tage nach der Operation unter urämischen Erscheinungen, bei der Sektion fand sich, dafs auch der rechte Ureter in seinem oberen Teile durch einen Stein verlegt war, das Parenchym beider Nieren war schwer geschädigt.

Heft 10.

1. **Spontane Heilung der akuten Pyelitis,** von E. Chambard.

2. **Ein rasches Verfahren an die Niere heranzukommen,** von F. Cathelin.

3. **Studie über einen Fall von cystischer Ureteritis,** von D. Augier und C. Lepoutre - Lille. Ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes in einem Falle von Ureteritis cystica, die bei der Sektion einer 86 jährigen Frau gefunden worden war. Aus den Ergebnissen ihrer Untersuchungen und einer kritischen Würdigung der einschlägigen Arbeiten anderer Autoren ziehen die Verfasser folgende Schlüsse:

1. Es gibt eine Art von Cysten des Ureters, deren Struktur und Zusammenhang mit der Umgebung ihre epitheliale Natur und ihre Bildung auf Kosten des epithelialen Überzugs der Ureterschleimhaut erweisen.

2. Die Veränderungen, welche die Entstehung dieser Cysten begleiten, betreffen die ganze Ureterwand in allen ihren Teilen. Die Veränderungen der Adventitia, der Muscularis und der Submucosa sind das Produkt eines Entzündungsprozesses, der sich durch entzündliche Zellinfiltration der verschiedenen Schichten und in einem vorgeschrittenerem Stadium durch ausgesprochene diffuse Sklerorisierung manifestiert.

3. Der epitheliale Überzug des Ureters erleidet in diesen Fällen tiefgreifende Veränderungen. An vielen Stellen fehlt er ganz, da wo er erhalten ist, weist er Wucherungen auf in Form von epithelialen, in das Lumen des Harnleiters vorspringenden Papillen oder drüsenförmigen Einstülpungen, epithelialen Follikeln und Sprossen, die sich in verschiedener Tiefe innerhalb der Submucosa befinden (Epithelnester nach Brunn).

4. Eine gewisse Zahl dieser epithelialen Sprossen bleibt in Zusammenhang mit dem epithelialen Überzug, in ihrem Inneren entsteht eine Höhle, die mittels eines mehr oder weniger engen Kanals oder eines weiten Orificiums an der inneren Oberfläche des Ureters münden.

5. Andere bleiben im Inneren der Submucosa eingeschlossen und verlieren jede Beziehung zum Oberflächenepithel. Es bleibt weder ein epithelialer Strang noch eine epitheliale Sprosse, welche die im Corium eingeschlossene Masse mit dem epithelialen Überzug verbinden würde. Ein Teil dieser Epithelienhaufen wird der Sitz von Wucherungsvorgängen, die zur Bildung mikroskopisch kleiner, vollständig in der Ureterwand eingeschlossener, mit dem Ureterlumen nicht zusammenhängender Cysten führen. Im Laufe ihrer weiteren Entwicklung bringen diese Cysten die verschiedenen, darüber liegenden Schichten der Harnleiterwand zum Schwinden, bis sie schliefslich nur mehr bedeckt von einer dünnen Zellhülle deutlich in das Harnleiterlumen vorspringen. In einem späteren Stadium hat sich die Cyste gewissermafsen aus der Ureterwand herausgeschält, sie springt frei in den Kanal vor, an dessen Wand sie nur mehr durch einen mehr oder weniger breiten Stiel angeheftet ist. — Zum Teil können die Cysten, wenn sie einen gewissen Grad von Entwicklung nicht überschreiten, in der Harnleiterwand eingeschlossen bleiben.

6. Die Cysten sind gebildet aus einer dünnen äufseren bindegewebigen und einer darüber liegenden epithelialen Schicht, bestehend aus platten, polyedrischen oder länglichen Zellen, die durchaus an die Zellen des epithelialen Überzugs der modifizierten Ureterschleimhaut erinnern.

7. Die epitheliale Natur der Cysten steht aufser Zweifel. Ihre Bildung auf Kosten des epithelialen Überzugs des Ureters ist durch die histologischen Befunde erwiesen. Die Entstehung der Cysten wird eingeleitet von tiefgehenden, durch einen Reizungs- oder Entzündungsprozefs bedingten Veränderungen der Ureterschleimhaut; die Ursachen dieses Prozesses können anscheinend verschiedener Art sein. Es handelt sich um chronische, sehr langsam sich entwickelnde Veränderungen, deren Ausgangspunkt viel mehr in einer lange dauernden, wiederholten infektiösen oder toxischen Einwirkung als in dem heftigen, rasch vorübergehenden Angriff des Agens einer akuten Infektion gesucht werden mufs.

Die Cysten können ein Hindernis für den Ablauf des Harns bilden und infolgedessen Hydronephrose und Dilatation des Ureters verursachen.

4. **Transvesikale Prostatektomie bei einem Manne, der seit neun Jahren eine hypogastrische Blasenfistel hatte,** von M. Pattel und G. Cotte-Lyon. Bei einem 58jährigen Manne war wegen Harnretention infolge von Prostatahypertrophie eine Cystostomia suprapubica gemacht worden; der neugebildete, mehr als 10 cm lange von der Harnblase in der Richtung von hinten unten nach vorne oben verlaufende Kanal funktionierte tadellos, der Kranke urinierte ungefähr alle vier Stunden, ohne dafs es je zu Inkontinenz oder Retention kam; durch die Urethra ging kein Tropfen Harn ab. Nach einigen Jahren entstand oberhalb der Symphyse eine grofse Bauchhernie, auf deren mittlerem Teil die Mündung der Blasenfistel lag. Neun Jahre nach der Cystostomie wurde von den Verfassern in einer Sitzung die transvesikale Prostatektomie und die Herniotomie vorgenommen mit dem Erfolge, dafs der Mann vom

15. Tage an wieder durch die Harnröhre urinierte; dagegen blieb die Hernie zum Teil bestehen.

Der Fall beweist, wie gut das Resultat einer Cystostomia suprapubica bei Prostatahypertrophie sein kann.

1911. Band I, Heft 11.

1. **Niere mit doppeltem Becken und unvollständig verdoppeltem Ureter: eitrige Pyelonephritis der oberen Hälfte der Niere und des korrespondierenden Beckens,** von E. Bruci-Florenz. Aus dem Italienischen übersetzt von Palazzoli.

2. **Die Myonephropexie,** von Amza Jiano-Bukarest.

3. **Quere Schufswunde des Beckens; Verletzung der Pars membranacea urethrae; einige Monate hindurch Entleerung des Harns durch die Ein- und Austrittsöffnung des Geschosses; Urethrotomia externa mit retrograder Katheterisierung; Heilung,** von Uzac. Das Wesentliche der Beobachtung U.s ist im Titel wiedergegeben.

4. **Zehn Beobachtungen von akuter blennorrhoischer Epididymitis behandelt mit intraepididymären Elektrargolinjektionen,** von J. Doré und E. Desvignes. Die intraepididymären Elektrargolinjektionen bei akuter blennorrhoischer Epididymitis sind nach den von den Verfassern in zehn Fällen gemachten Beobachtungen ein sehr einfaches Verfahren, das entschieden den Vorzug vor den Inzisionen und Punktionen verdient und von den Kranken sehr gut vertragen wird; keine andere Behandlungsmethode ergibt so befriedigende Resultate, diese sind um so besser, je früher die Injektionen vorgenommen werden. Die Wirkung der Einspritzungen zeigt sich ungemein rasch, der Schmerz läfst sehr bald nach, die Patienten müssen nur kurze Zeit liegen und können längstens nach neun Tagen, oft aber auch schon viel früher ihre Tätigkeit wieder aufnehmen. Für gewöhnlich injizierten die Verfasser je 1 ccm, doch kann man, wenn es vertragen wird, auch 2 ccm einspritzen; die Zahl der Injektionen richtet sich nach dem Verlaufe, besonders nach der Temperatur, die Einspritzungen dürfen ohne Bedenken täglich wiederholt werden, bis das Fieber und die akuten Erscheinungen verschwunden sind. Die durch die Injektionen selbst verursachten Schmerzen sind, besonders wenn nur 1 ccm gegeben wird, gering und von kurzer Dauer. Ob die Einspritzungen in allen Fällen die Induration des Nebenhodens beseitigen und vollständige Restitutio ad integrum zur Folge haben, können die Verfasser jetzt noch nicht sagen. — Eingespritzt wird in die am stärksten veränderte Partie.

Band I, Heft 12 und Band II, Heft 13.

1. **Beitrag zum Studium der endovesikalen Operationen bei Blasentumoren,** von J. Doré und Jack Mock. (Heft 12 und 13.) Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Die Ductus ejaculatorii bei der Prostatahypertrophie und die sexuellen Funktionen nach der Prostatektomie nach Freyer,** von F. Legueu und E. Papin. (Heft 13.) Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Beitrag zur Instrumentierung und Technik des Ureterenkatheterismus,** von M. Heitz-Boyer. (Heft 13.) Zur Erleichterung des beiderseitigen Ureterenkatheterismus hat der Verfasser zum Einsetzen des Stiftes der optischen Partie an Stelle des bisherigen Loches oder kleinen Ausschnitts eine quere Spalte oder einen länglich-rundlichen Ausschnitt anbringen lassen, in dem der Stift und mit ihm die optische Partie bei fixierter äufserer Röhre leicht nach beiden Seiten hin bewegt werden kann. Um diesen Stift, der bisher bei jeder Drehung des Cystoskops in Anspruch genommen wurde und infolgedessen oft abbrach, zu schonen, liefs der Verfasser an dem verdickten Ende des äufseren Rohres oben und unten Knöpfe befestigen, mit deren Hilfe das ganze Instrument gedreht werden kann, wie es zur allgemeinen Unter-

suchung der ganzen Blasenhöhle erforderlich ist. Zur genaueren Untersuchung einer bestimmten Partie genügt es, die optische Partie allein zu bewegen. — Cystoskope mit den genannten Modifikationen werden von COLLIN, GENTILE und LÖWENSTEIN hergestellt.

Um Katheterisierung der Ureteren auch in solchen Fällen zu ermöglichen, in denen infolge von Mifsbildungen, speziell Vorwölbungen des Trigonums und des Blasenhalses die Ureterenöffnungen von den Strahlen des gewöhnlichen Cystoskops nicht getroffen werden, veranlafste der Verfasser die Anbringung des Prismas ähnlich wie beim NITZEschen Cystoskop Nr. III an der abgebogenen Partie des Instruments unmittelbar oberhalb des Winkels, der dabei nicht wie gewöhnlich 90, sondern etwa 110° messen mufs. Starke Mifsbildungen am Blasenhals kommen besonders bei tuberkulösen Cystitiden vor; in solchen Fällen, dann auch bei Prostatahypertrophie wird dieses modifizierte Ureterencystoskop, das von LÖWENSTEIN hergestellt wird, sehr häufig die Betrachtung und die retrograde Katheterisierung der Ureteren ermöglichen.

Die Mitteilungen des Verfassers über einige Details der Technik des Ureterenkatheterismus lassen sich im kurzen Referate nicht wiedergeben; zu ihrem Verständnis sind überdies die beigefügten Abbildungen erforderlich. *Götz-München.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1910. Nr. 7.

Ein Fall von „Pemphigus vegetans", von I. ROSENBERG. Beschreibung eines Falles von Pemphigus vegetans, der eine 62jährige Frau betrifft, die durch zwei Jahre auf der dermatologischen Spitalsabteilung vom Verfasser beobachtet wurde. Der Fall zeichnet sich durch seinen verhältnismäfsig benignen Verlauf aus: trotzdem der allgemeine Zustand öfters sehr bedenklich war, erholte sich Patientin immer von den Exazerbationen und konnte nach zweijährigem Spitalsaufenthalt bedeutend gebessert entlassen werden. Die Lokalisation der Effloreszenzen war insofern auffallend, als dieselben nicht nur an zwei aneinander aufliegenden Hautflächen gelegen waren, sondern auch zuerst den linken Unterschenkel dann auch beide Ober- und Unterschenkel, Vorderarme, Hände und beide Fufssohlen eingenommen haben. Gegen Ende des ersten Jahres entwickelte sich bei der Kranken spontan eine Schmerzhaftigkeit des linken Knies, die zur dauernden Kontraktur desselben führte.

Die Zahl der eosinophilen Zellen betrug im Blut nicht weniger als 30½% (!) und war auch in den infiltrierten Papillen bedeutend vermehrt.

Nr. 8.

Über den jetzigen Stand der Luestherapie mit EHRLICHs Salvarsan und über die bisherigen Resultate eigener Untersuchungen, von FELIX MALINOWSKI. Nach Besprechung der bisherigen Ergebnisse anderer Forscher, berichtet Verfasser über eigene Erfahrungen mit Salvarsan. Das Mittel wurde vom Verfasser 67 mal bei 65 Kranken angewendet, und zwar meist in Form neutraler Emulsion in den Dosen von 0,4—0,6 bei den Männern, 0,35—0,5 bei den Frauen und 0,06—0,15 bei den Kindern. Die Temperatur betrug nach den Injektionen 36,8 bis 39°. Die Herzfunktion wurde öfters nach denselben vorübergehend gereizt gefunden. In einem Falle trat eine Harnretention auf, die etwa zehn Tage dauerte, das Präparat wurde aber in diesem Falle nicht extempore, sondern vor fünf Tagen zubereitet.

Was die Einwirkung auf die luetischen Symptome anbelangt, so wird dieselbe vom Verfasser als sicher spezifisch betrachtet; insbesondere waren die Resultate bei schweren Fällen von Lues maligna und hartnäckigen, zum Zerfall neigenden Formen der Lues tertiaria auffallend günstig.

Nr. 9.

Über Plasmazellen Unnas, von Franciszek Krzysztalowicz. Eingehende Schilderung der Geschichte der Plasmazellen, des Vorkommens derselben bei verschiedenen pathologischen Prozessen in der Haut und der heute herrschenden Hypothesen über ihr Entstehen; keine derselben konnte die von Unna bis jetzt vertretene Theorie widerlegen.

Nr. 10.

1. **Über Sensibilisierung der Wassermannschen Reaktion durch Titrierung des Komplements**, von I. S. Lenartowicz und Karol Potrzobowski. Entgegen der Behauptung von Levaditi haben Verfasser festgestellt, dafs die Verwendung der ungewaschenen Hammelblutkörperchen keine Sensibilisierung der Wassermannschen Reaktion bedeutet, dafs hier die Hämolyse rascher als bei Verwendung gewaschener Blutkörperchen zustande kommt, was sie durch die Annahme erklären, dafs die ungewaschenen Blutkörperchen ihr eigenes Komplement besitzen. Dagegen hat sich gezeigt, dafs durch genaue Titrierung des Komplements die Reaktion zweifellos sensibilisiert wird, und zwar aus dem Grunde, dafs die in der Regel gebrauchte Komplementdose (0,5 ccm der Verdünnung 1 : 10) in vielen Fällen zu hoch sei. So ergab der Vergleich der Reaktionsausfälle bei Verwendung des untitrierten und des titrierten Komplements, dafs unter 164 sicher syphilitischen Seren 47 mal die Reaktion verschieden ausfiel, und zwar immer zugunsten der Titrierung: 18 mal erzielte man im ersten Falle vollkommene Hämolyse, im zweiten vollkommene oder fast vollkommene Hemmung, in sechs Fällen geringgradige Hemmung (±) gegenüber totaler (++), in 18 + gegenüber ++, in 5 — gegenüber ±. Am öftesten und deutlichsten bemerkten Verfasser den Unterschied bei der Untersuchung der Sera von symptomfreien Luetikern oder von Metalues und glauben, dafs die Titrierung des Komplements hauptsächlich bei diesen Fällen, insbesondere wenn die Resultate mit dem untitrierten Komplemente zweideutig erscheinen, von Bedeutung ist. Unter 117 Fällen von sicher nicht luetischen Seren, die mit titriertem Komplement untersucht worden sind, ergab kein einziges ein positives Resultat, zum Beweise, dafs die auf diese Weise sensibilisierte Reaktion keineswegs überempfindlich geworden ist.

2. **Weitere Resultate der Untersuchungen mit Ehrlichs Salvarsan**, von Felix Malinowski. Verfasser fafst seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Salvarsan wirkt fast immer bedeutend rascher als Quecksilber und Jod.
2. Salvarsan wirkt spezifisch, indem es die Spirochäten tötet und die Bildung von spezifischen Antikörpern im Organismus verursacht.
3. Die Rezidive kommen nach Salvarsan — soviel bis jetzt bekannt ist — seltener, als nach anderen antisyphilitischen Mitteln vor.
4. Zur Beseitigung der Symptome und zur Sterilisierung des Organismus sollen höhere Salvarsandosen als die anfangs angegebenen verabreicht und öfters wiederholt werden.
5. In hartnäckigen Fällen sowie auch in normalen, kann neben der Salvarsanbehandlung auch Quecksilber und Jod mit verwendet werden.
6. Die Möglichkeit der vollkommenen Heilung der Syphilis mit Salvarsan ist in vielen Fällen anzunehmen, doch kann darüber ein endgültiges Urteil erst nach mehreren Jahren abgegeben werden.
7. Zur Beurteilung der Salvarsaneinwirkung soll die Wassermannsche Reaktion, besonders beim Fehlen klinischer Symptome, herangezogen werden.

Nr. 11—12.

Erysipeloide und erysipelähnliche Erkrankungen, von Leon Wernic. Verfasser, der Leiter einer Abteilung für Erysipelkranke in Warschau ist, macht auf

die Differentialdiagnose des Erysipels und der erysipelähnlichen Erkrankungen aufmerksam und berichtet über 80 Krankheitsfälle, die ihm (unter 800) mit der irrtümlich gestellten Erysipeldiagnose zugeschickt wurden. Auf Grund seiner grofsen Erfahrung kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Das Erysipel gehört zu den meist verbreiteten Krankheiten, wird aber zu oft diagnostiziert.

2. Die unbegründete Angst vor der grofsen Infektiosität des Erysipels hat eine zu frühe und ungenaue Diagnosenstellung zur Folge, da man alle erysipelähnliche Erkrankungen ehebaldigst zu isolieren trachtet.

3. Die falsch diagnostizierten Fälle erreichen die enorme Zahl von 20—27,5%.

4. Am öftesten werden unter den Streptomykosen die Hypodermatitiden und unter anderen Erkrankungen die Furunkel im Initialstadium falsch diagnostiziert.

5. Unter den Streptomykosen sehen dem Erysipel am meisten Hypodermatitis, Erythema scarlatiniforme und Panaritium subepidermoidale, dann auch Elephantiasis faciei et palpebrarum ähnlich; unter anderen Erkrankungen: Erysipeloid, Dermatitis menstrualis, Furunkulosis und Periostitis mandibulae.

6. Die Differentialdiagnose des Erysipels wird manchmal unmöglich, da es eine Reihe von Übergangserkrankungsformen gibt, vom Erysipel zum Erythema scarlatiniforme einerseits, zur Hypodermatitis andererseits.

7. Nur dann wird eine strikte Diagnose und Behandlung des Erysipels möglich, wenn dasselbe als eine Form der grofsen Gruppe der Hautstreptomykosen betrachtet wird.

1911. Nr. 1—2.

Die Untersuchungen über den Säuregrad des Harnes und über das Verhältnis der sauren Verbindungen zu den basischen, von S. Serkowski und W. Kraszewski. Nach Besprechung der üblichen Methoden zur Feststellung des Säuregrades des Harnes, berichten Verfasser über 1500 eigene Analysen, die mit den Freund-Lieblein und Naegli-Sahlischen Methoden parallel ausgeführt wurden und deren Resultate tabellarisch dargestellt werden. In der ersten Tafel wurden Harne zusammengestellt, deren Säuregrad nach beiden Methoden die Norm (60 : 40) nicht überschreitet; in der zweiten — wo derselbe nach Freund-Lieblein normal, nach Naegli-Sahli abnorm ist; die dritte und vierte Tafel stellen Analysen vor, in denen das Verhältnis der sauren Verbindungen zu den basischen theoretisch einer amphoteren Reaktion entspricht, bei denen aber die Lakmusprobe eine saure Reaktion anzeigte. Um sich zu überzeugen, inwiefern die Zeit auf den Reaktionsausfall der Harne einwirkt, wurden mehrere Harne sofort nach der Entlassung, dann nach 3, 6 und 24 Stunden untersucht; es hat sich gezeigt, dafs die Zeit der Untersuchung einen sehr geringen Einflufs auf den Reaktionsausfall ausübt, sofern die Harne in der Zimmertemperatur aufbewahrt und vor Bakterieneinwirkung geschützt werden.

Die Resultate der Untersuchungen werden in folgenden Sätzen zusammengefafst:

1. Lakmus zeigt sehr oft eine saure Reaktion in den Fällen an, wo die Zahl der sauren Phosphate subnormal ist und wo das Verhältnis derselben zu den basischen für die amphotere oder sogar für schwach alkalische Reaktion spricht.

2. Die Ursache dieser Erscheinung bilden saure organische Verbindungen, die vom Uran nicht beeinflufst werden und auf Lakmus einwirken.

3. Der Säuregrad des Harnes ist nicht nur von der Menge der sauren Phosphate abhängig.

4. Die Bezeichnung der Azidität des Harnes in absoluten Zahlen hat keine praktische Bedeutung und soll immer das Verhältnis der sauren Verbindungen zu den basischen angegeben werden.

5. Da die Azidität des Harnes nicht nur von den Phosphaten abhängt, soll immer gleichzeitig die Menge der sauren Phosphate festgestellt und der Harn mit $\frac{N}{10}$ Kalilauge titriert werden; die so erhaltenen Differenzen gestatten eine Beurteilung der Menge der sauren anorganischen und organischen Verbindungen, die gleichzeitig im Harne vorkommen.

6. Da die einzelnen Harnportionen eines Menschen verschiedene Azidität besitzen, soll sie immer in einer Durchschnittsprobe aus der ganzen Tagesmenge bestimmt werden.

Nr. 3—4.

1. **Über Vaccinotherapie,** von Stanislaw Serkowski. a) Allgemeiner Teil. Kurze Schilderung des Wesen der aktiven und passiven Immunität, der Bakteriolysine und Antikörper, der Theorien von Ehrlich und Metschnikoff und des Verhältnisses der Bakteriolysine zu den Opsoninen Wrights. — b) Über normale und spezifische Opsonine. Verhältnis der Opsonine zum Komplement und Ambozeptor; Verhältnis der Normalopsonine zu den spezifischen. (Fortsetzung folgt.)

2. **Bedeutung und Wert der Wassermannschen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Indikationen,** von Felix Malinowski. Referat auf dem Ärztekongrefs in Krakau. Da uns das Wesen der Wassermannschen Reaktion unbekannt ist, kann der Wert derselben nur auf Grund praktischer Erfahrung beurteilt werden. Verfasser hat sich die Mühe gegeben, den gröfsten diesbezüglichen Arbeiten die wichtigsten Daten zu entnehmen, die auf die Spezifizität der Reaktion, auf ihr Vorkommen in verschiedenen Stadien der Lues und dergleichen ein Licht werfen können. (Fortsetzung folgt.) *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. XI, Heft 3—5. März bis Mai 1911.

1. **Über die antisyphilitische Kur und ihre Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion,** von Y. Sakaguchi und Y. Nakagawa-Tokio. Nach ihren Erfahrungen halten die Verfasser den Wassermann für ein positives Symptom der Syphilis und Indikation zur Einleitung einer Kur; sie glauben, dafs die kontinuierliche Behandlung die intermittierende bezüglich einer definitiven Heilung übertrifft.

2. **Anwendung des Leimes von Gymnogongrus japonicus als Liniment,** von S. Inouye-Tokio. Gymnogongrus wird mit der 40—50fachen Menge Wasser zu einer schleimigen Masse gekocht, durch Gaze filtriert und durch Zusatz von 0,3%iger Salizylsäure oder 1%iger Benzolsäure haltbar gemacht. Der so gewonnene Hautleim ist billig, leicht herstellbar und leicht mit Medikamenten der verschiedensten Art zu mischen.

3. **Über die Jodexantheme,** von K. Miyazaki-Tokio.

4. **Ein Verfahren zur Gewinnung von Blutserum,** von Y. Sakaguchi. Das entnommene Blut wird im Zentrifugengläschen mit einem sterilisierten Holzstäbchen durchrührt und 2—3 Stunden stehen gelassen. Die Blutgerinnsel werden dann mit den Stäbchen entfernt.

5. **Über Gröfse und Gewicht der Prostata bei Japanern,** von S. Takagi-Fukuoka. Untersuchungen und Messungen an 58 Leichen; Mittelzahlen daraus: 2,2—3 cm lang, 3,6—4,4 cm breit, 1,3—1,9 cm dick und 12—18 g schwer.

6. **Über die histologischen Veränderungen von inneren Organen bei Heredosyphilis und die Lagerung von Spirochaeta pallida in den Geweben,** von G. Maki-Tokio. Die Veränderungen betreffen neben diffusen Zellinfiltrationen besonders parenchymatöse Degeneration, Vermehrung der Bindegewebszellen und

endlich Sklerosis von Organen. Dabei finden sich die Spirochäten zunächst immer in den Interzellularräumen, doch können sie auch in Epithel- und Endothelzellen eindringen, besonders leicht in Cylinder- und Plattenepithelzellen. Es kommt auch vor, dafs Spirochäten in normalen Geweben gefunden werden; darum haben Darm- und Nierenausscheidungen bei Syphilitischen immer als infektiös zu gelten.

7. **Bisherige Erfahrungen bei der Behandlung der Lues mit Salvarsan,** von K. Sakurane, S. Okugawa und T. Kuboyama-Osaka. Beobachtung an 178 Fällen; gute Erfolge, viel Rezidive.

8. **Cutanreaktion bei Blennorrhoe,** von Ch. Watabiki und Y. Sakaguchi-Tokio. Nach Brucks Vorgang haben die Verfasser Tripperkranke mit einem aus Gonokokkenkulturen hergestellten Toxin in die Haut geimpft, ohne irgendwelche Reaktion zu bekommen.

9. **Statistische Studie über Ekzem,** von K. Sakurane und Sh. Betsusho-Osaka.

10. **Statistik von Ekzemfällen an der dermatologischen Klinik im Mitsuijisen-Hospital,** von S. Inouye und K. Shinohara-Tokio.

11. **Über die Ätiologie des Ekzems,** von H. Nakano-Tokio.

12. **Über die Ätiologie des Ekzems,** von T. Okoshi-Tokio.

13. **Ätiologie und Pathogenese des Ekzems,** von Sh. Machida-Tokio.

14. **Über die Beziehungen der Nahrung zu Ekzem,** von D. Aoki-Tokio.

15. **Über die Beziehungen der Haarfärbemittel zu Ekzem,** von K. Shoji-Tokio.

16. **Über den Harnbefund bei Ekzemkranken,** von K. Umezu.

17. **Einige Bemerkungen zur Ekzemtherapie,** von I. Toyoma-Sendai.

18. **Bemerkungen zur Ekzembehandlung,** von T. Hamano-Tokio.

19. **Über die Behandlung von Ekzema seborrhoicum,** von T. Orimo-Tokio.

20. **Über die Anwendung von Kohlenteer in der Ekzemtherapie,** von S. Okugawa-Osaka.

21. **Über Ekzembehandlung,** von Y. Sakaguchi-Tokio.

22. **Beiträge zur Ekzemtherapie,** von S. Watanabe-Tokio.

23. **Bemerkungen zur Ekzembehandlung,** von Y. Sasaoka-Tokio.

24. **Bemerkungen zur Ekzemtherapie,** von T. Kinoshita-Tokio.

25. **Der Wert des Pittylens bei der Behandlung des Ekzems,** von T. Okoshi-Tokio.

26. **Abhandlungen über die Vererbung der Syphilis,** von T. Okamura-Tokio.

27. **Erfahrungen über Salvarsanbehandlung bei Heredosyphilis,** von H. Arai-Keijio.

28. **Erfolgreiche Resultate bei zwei hereditär-syphilitischen Säuglingen durch Behandlung ihrer Mutter mit Salvarsan,** von S. Sei-Hiroshima.

29. **Histologische Untersuchung der inneren Organe bei hereditärer Syphilis und die Resultate der Schnellfärbungsmethoden,** von H. Nakano-Tokio.

30. **Spirochaeta pallida im Samen syphilitischer Männer,** von H. Nakano und Y. Fujitani-Tokio.

31. **Ein Fall von mit Salvarsan behandelter Heredosyphilis,** von Y. Fujitani-Tokio.

32. **Spirochaeta pallida im Harn Syphilitischer,** von H. Nakano-Tokio.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Ärztlicher Bericht aus der Heilstätte für Lupuskranke, von Alfred Jungmann-Wien. Mit 155 Textabbildungen. Ergänzungsband zum *Arch. f. Derm. u. Syph.* (Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig, 1911.) Der ausführliche Bericht, der an einzelnen instruktiven Krankengeschichten reich ist, gibt ein Bild über die bisherigen Leistungen der Wiener Heilstätte für Lupuskranke seit ihrer Eröffnung Ende 1904 (Vorstand: Prof. Ed. Lang). Bisher sind 2610 Patienten, darunter 1343 Lupuskranke daselbst behandelt worden, hauptsächlich mit operativer Exstirpation und mittels Finsen; doch wurden auch gröfsere Reihen von Fällen mit Röntgen, Quarz- und Uviollampe, Radium sowie Hochfrequenz bzw. Fulguration behandelt. Die Resultate der einzelnen Methoden und ihre jeweilige Indikation weichen nicht erheblich von denen anderer Autoren ab, werden aber an der Hand des reichen Materials gut und eingehend begründet.

Von Einzelheiten wäre hervorzuheben: dafs die Ausdehnung einer Affektion allein im allgemeinen nicht die Entscheidung für operatives Vorgehen gibt, dafs aufserordentlich ausgedehnte Lupusfälle mit bestem Erfolge operiert wurden, und dabei meist auf Allgemeinnarkose verzichtet und unter Lokalanästhesie gearbeitet wurde.

Zur Vereinfachung und Abkürzung der Finsenmethode, die mit Ausnahme weniger refraktärer Fälle bei genügender Ausdauer immer gute Resultate zu geben pflegt, wurde dieselbe — von einigen ganz oberflächlichen flachen Fällen abgesehen — immer mit anderen Methoden kombiniert: Pyrogallol, Resorcin, Röntgen, mit Vorsicht geübte Heifsluft- und Quarzlampenbehandlung lassen sich dazu verwerten; mit Recht wird hierbei immer und immer wieder hervorgehoben, dafs Narben und Pigmentationen zu vermeiden sind, um die eventuelle Nachbehandlung mit Finsen nicht zu erschweren oder gar unmöglich zu machen.

Hervorgehoben werden die guten Erfolge der Röntgenbehandlung bei hypertrophischen und ulcerierten Lupusformen, bei Skrophuloderma, bei einem Falle von Lupuscarcinom usw. Erwähnt mufs werden, dafs fast ausschliefslich mit Dosis plena in abgemessenen Zeitabständen gearbeitet wird.

Etwas auffällig günstig klingen die Urteile über Quarz- und Uviollampenbehandlung; mit Recht wird vom Radium gesagt, dafs der Effekt der Radiumbestrahlung an Details und einzelnen Fällen schon jahrelang bekannt war, dafs aber erst ein imposantes klinisches Material von „jenen Forschern beigebracht werden konnte, denen eine Organisation zur Seite steht, welche die erforderlichen Radiumträger in nötiger Anzahl und Auswahl herbeischafft".

Das Buch ist für jeden, der sich mit einschlägigen Fragen zu beschäftigen hat, sehr belehrend, besonders wenn man sich in die Einzelheiten und in das Studium der Krankengeschichten vertieft. Ohne wesentlich Neues zu bringen, zeigt es den positiven Nutzen, den eine genaue Verarbeitung und Verwertung des Krankenmaterials gibt.

W. Lehmann-Stettin.

Salvarsan, das Ehrlich - Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen von Bresler-Lüben. (Carl Marhold, Halle a. d. S., 1911.) B., der schon im letzten Jahre sämtliche über Salvarsan erschienenen Arbeiten in kurzen Referaten zu einem brauchbaren Büchlein zusammenfafste, das drei Auflagen erlebte, gibt uns in der vorliegenden Schrift eine Zusammen-

stellung der Arbeiten, die sich mit der Wirkung des Salvarsans bei syphilitischen Nervenkrankheiten befassen. Die Referate sind präzis und bei aller Kürze genügend verständlich, um ein Urteil zu ermöglichen, das der Leser aus der Lektüre sich selbst bilden soll; denn er berichtet unvoreingenommen über günstige und ungünstige Arbeiten in gleich objektiver Weise, wenngleich für ihn selbst die Anwendbarkeit des Salvarsan bei syphilitischen Nervenkrankheiten — und in zahlreichen Fällen eine durchaus günstige Wirkung — aufser Zweifel steht. Wenn auch vielleicht die eine oder andere Arbeit von dem, der die Literatur genau verfolgt, vermifst wird, so ist doch die Vollständigkeit eine grofse und jedenfalls genügend, um dem Fernerstehenden aus der Lektüre dieses Büchleins ein Urteil über die besprochene Frage zu ermöglichen.

W. Lehmann-Stettin.

Lehmanns medizinische Handatlanten. Bd. V. Franz Mraceks Atlas und Grundrifs der Hautkrankheiten. Dritte, teilweise umgearbeitete und erweiterte Auflage von Albert Jesionek - Giefsen. Mit 109 farbigen Tafeln und 96 schwarzen Abbildungen. (J. F. Lehmanns Verlag, München, 1911.) J. hat 32 neue farbige Tafeln, welche gröfstenteils Reproduktionen von Ölbildern und Aquarellen aus der Sammlung der Münchener dermatologischen Klinik sind, und 46 schwarze Tafeln, welche hauptsächlich der Giefsener Klinik entstammen (Reproduktionen von Aquarellen und Photographien), neu hinzugefügt und auch im Texte mancherlei, dem neuesten Stande der Wissenschaft entsprechend, umgearbeitet und so das schon von dem früheren bekannten Forscher vortrefflich angelegte Werk noch mehr vervollkommnet. Dem speziellen Teile sind ein Grundrifs der Hauthistologie und -Physiologie, eine allgemeine Pathologie der Hautkrankheiten, die allgemeine Therapie derselben und ein kurzer Abrifs der bei der äufseren Behandlung hauptsächlich in Betracht kommenden Mittel vorausgeschickt. Die einzelnen Hautaffektionen sind in ihren Symptomen, Ätiologie — soweit sie bekannt ist — und Therapie kurz beschrieben und sowohl die häufig vorkommenden wie die selteneren durch Abbildungen illustriert. Bei der Fülle des Stoffes verbietet sich näheres Eingehen auf Einzelheiten bezüglich mancher Abbildungen und mancher im Texte von den üblichen abweichenden Ansichten. Das Buch bleibt jedenfalls eine wertvolle Bereicherung der dermatologischen Literatur und dürfte besonders dem Praktiker als recht empfehlenswertes Nachschlagewerk dienen, was besonders durch die verschiedenen Register (Verzeichnis der farbigen und schwarzen Abbildungen, alphabetisches Register derselben und alphabetisches Sachregister) erleichtert wird.

Stern-München.

Die Anwendung des Salvarsans in der ärztlichen Praxis, von Richard Lenzmann. (G. Fischer, Jena, 1911.) Das Buch verfolgt den Zweck, dem praktischen Arzt das Studium der ungeheueren Salvarsanliteratur zu ersparen und ihm das kurz zu vermitteln, was er von dieser neuen Therapie wissen mufs. Nach einem kurzen Überblicke über die theoretischen Grundlagen der Chemotherapie und des Salvarsan geht der Verfasser auf die einzelnen Anwendungsmethoden ein, vergleicht sie kritisch miteinander und spricht sich schliefslich zugunsten der intravenösen Injektion aus. Ein breiter Raum ist der ausführlichen Besprechung der Technik der Salvarsaninjektionen gewidmet. Ebenso sorgfältig sind die einzelnen Nebenwirkungen des Mittels dargestellt und die Indikationen und Kontraindikationen festgelegt. Verfasser geht dann zur Therapie der Syphilis über, bespricht die früher geübte Behandlung, dann die Erfolge mit Salvarsan in den einzelnen Stadien und die Dosierung des Mittels. Den Schlufs bildet die Besprechung anderer Krankheiten, bei denen Salvarsan angewendet wurde.

Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Übertragung von Scharlach auf Affen, von LUDWIG HEKTOEN und GEORGE H. WEAVER-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 24.) Material aus Mund und Rachen scharlachkranker Kinder wurde mit Milch zur Fütterung von 13 Affen verwandt. Von diesen blieben 10 gesund; 3 starben. *Schourp-Danzig.*

Zur Beurteilung des RUMPEL-LEEDEschen Scharlachphänomens, von A. MAYR-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 25.) In der Heidelberger dermatologischen Klinik hat M. an 100 dort wegen verschiedener Affektionen behandelten Patienten die Probe vorschriftsmäfsig ausgeführt und dabei in 20 Fällen einen deutlich positiven Ausfall konstatiert, trotzdem Scharlach durchweg mit vollster Sicherheit auszuschliefsen war. Es handelte sich bei der Mehrzahl der untersuchten Individuen um Lupus, Lues, Ekzem oder Blennorrhoe. M. schliefst aus seinen Beobachtungen, dafs das Phänomen nicht als pathognomonisch für Scharlach anzusehen sein dürfte, wenn auch zuzugeben ist, dafs bei dieser Erkrankung es besonders stark in die Erscheinung trete. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Beurteilung des RUMPEL-LEEDEschen Scharlachphänomens, von C. LEEDE-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 31.) Auf die Mitteilung von A. MAYR (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 25) entgegnet L., dafs er das Auftreten der Stauungshämorrhagien durchaus nicht als pathognomonisch für Scharlach angegeben habe, sondern dafs er deren Ausbleiben nur als ein Beweismoment gegen diese Diagnose hingestellt hat, namentlich bei Anwendung eines geringen Druckes von etwa 50—60 mm Hg. Des weiteren schildert er einige Beobachtungen mit Stauungsexperimenten bei hämorrhagischer Diathese, doch sind diese Aufzeichnungen noch zu fragmentarisch, um bestimmte Schlufsfolgerungen zu gestatten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Zeichen der Ellenbogenbeuge bei Scharlach, von C. PASTIA-Bukarest (*Arch. de méd. des enfants.* 1911. Nr. 2.) Der Verfasser beschreibt eine Hauterscheinung, welche er als charakteristisch für Scharlach ansieht und die darin besteht, dafs in der Ellenbogenbeuge sich unter der Form von queren Linien ein eigentümliches Exanthem bemerkbar macht, als ob mehrere Querfalten dieser Gegend eine besonders tiefrote, oft auch violette Farbe angenommen hätten. Die Färbung ist anfangs rosenrot, wird dann später immer dunkler und kann selbst ein ecchymotisches Aussehen annehmen. Man findet in den meisten Fällen zwei bis vier solcher Querstreifen, doch kann auch nur ein einziger entwickelt sein. Nach Abblafsen des Exanthems bleibt noch durch einige Zeit eine Verfärbung an den betreffenden Stellen bestehen.

Dieses Zeichen der Ellenbogenbeuge soll nur für Scharlach charakteristisch sein und ein ebenso gutes diagnostisches Zeichen in zweifelhaften Fällen abgeben, wie das KOPLIKsche Zeichen bei Masern. Bemerkt soll noch werden, dafs ein ebensolches Zeichen von MARBÉ bei Masern beschrieben worden ist (*Société de biologie,* 25. Nov. 1910); der Verfasser hält aber dasselbe nur für Scharlach charakteristisch.

E. Toff-Braila.

Scharlach und Erysipel, von WLADISLAWA BOVKEWITSCH. (Inaug.-Dissert. Berlin 1911.) Das Material der Universitätskinderklinik der königlichen Charité in Berlin für die letzten zehn Jahre zeigt, dafs das Erysipel eine seltene Komplikation

des Scharlachs darstellt, deren Verlauf aber in keiner Weise Besonderheiten zeigt gegenüber dem anderer Erysipele. Verfasser ist mit JOCHMANN der Meinung, dafs dieses relativ seltene Vorkommen des Erysipels bei Scharlach allein durch die im allgemeinen geringere Neigung der Kinder zum Erysipel erklärbar ist. Es ist hiermit eine weitere Stütze gegeben für die Annahme eines spezifischen, vom Streptococcus verschiedenen Scharlachvirus. *Fritz Loeb-München.*

Behandlung und Prophylaxe der Morbillen und der Scarlatina. (*Morgagni.* 6. Mai 1911.) Referat über einen im »*Lancet*“ (s. unten!) erschienenen Artrikel von MILNE. MILNE läfst die Kranken täglich vom Kopf bis zum Fufs mit Eukalyptusöl einreiben und Tonsillen und Pharynx mit 1 : 10 Karbollösung desinfizieren. Wird ein Kind auf diese Weise von vornherein behandelt, so können sogar andere Kinder ohne Gefahr der Ansteckung im selben Zimmer gelassen werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Beiträge zur Frühdiagnose der Masern, mit besonderer Berücksichtigung des Blutbildes, von MAX LUDWIG. (Dissert. München 1910.) In den allermeisten Fällen findet man schon einige Tage vor dem Eruptionsstadium der Masern eine auffallende Verminderung der gesamten Leukocytenzahl, eine Leukopenie. Ferner tritt eine deutliche Verschiebung des neutrophilen Blutbildes nach links auf, d. h. es findet eine Vermehrung der einkernigen neutrophilen Zellen zu ungunsten der mehrkernigen neutrophilen Zellen statt. Aufserdem ist die Umkehrung des Verhältnisses der Lymphocyten zu den polymorphkernigen neutrophilen Zellen charakteristisch und entspricht einer absoluten Lymphopenie. Diese Symptome besitzen demnach zweifellos einen grofsen Wert als Hilfsmittel zur Feststellung der Diagnose „Masern“, da sie zu einer Zeit auftreten, in der die Krankheit noch nicht ansteckend auf die Umgebung einwirken kann. Wenn es in der Privatpraxis auch nicht leicht sein wird, diese diagnostischen Kennzeichen zu verwerten, so wird man in den Krankenanstalten und Kinderheimen, namentlich zu Epidemiezeiten, doch wohl manchesmal durch eine frühzeitige Isolierung einer weiteren Infektionsmöglichkeit vorbeugen können. Das KOPLIKsche Frühsymptom kommt nach der Meinung des Verfassers, da es nur in etwa einem Drittel der Fälle vor dem Ausbruche des Exanthems sichtbar wird, nicht so sehr prophylaktisch in Betracht, wenn es auch, namentlich für den praktischen Arzt, ein immerhin sehr wichtiges und beachtenswertes Symptom zur frühzeitigen Erkennung der Masern bleiben wird. *Fritz Loeb-München.*

Mitteilungen über eine Masern- und Diphtherieepidemie, von PAUL AUERBACH-Hamburg. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 55, Heft 5—6.) Von 91 Kindern der Säuglingsstation des Hamburger Waisenhauses erkrankten durch einen eingeschleppten Masernfall 66 Kinder; KOPLIKsche Flecken waren in 83% der Fälle vorhanden, Otitis media in 78%; Diphtherie trat als Komplikation bei 14 Kindern hinzu. Die Gesamtmortalität belief sich auf 37%. *Schourp-Danzig.*

Morbilli; deren Behandlung und Verhütung, von R. MILNE-London. (*Lancet.* 22. April 1911.) Sowohl für Scharlach als auch für Masern hat Verfasser im Laufe einer 25jährigen Beobachtung das Eukalyptusöl als ein absolut zuverlässiges Mittel neben dem (10%igen) Karbolöl bewährt gefunden. Er läfst so frühzeitig wie möglich die gesamte Körperoberfläche vom Scheitel bis zu den Fufssohlen mit reinem Eukalyptusöl gelinde einreiben. Dies wird während der ersten vier Krankheitstage morgens und abends wiederholt und wird dann nach weiteren sechs Tage einmal täglich fortgesetzt. Aufserdem werden während der ersten 24 Stunden die Tonsillen und Rachenschleimhaut zweistündlich mit einem in Karbolöl getränkten Wattebausch in möglichst weiter Ausdehnung abgewischt. Ferner wird über dem Bette des kranken Kindes ein Zelt von dünner Gaze aufgestellt. Die anderen im selben Raume sich aufhaltenden Kinder tragen auf der Brust ein mit Eukalyptusöl besprengtes Taschentuch und die

Bettdecken werden abends auch damit besprengt. Von Isolierungsmafsregeln und anderen Mafsnahmen sieht Verfasser vollständig ab. Es ist ihm auf diese Weise in den etwa 1300 Kinder beherbergenden Barnardoheimstätten seit Jahren gelungen, jede beginnende Epidemie sofort im Keime zu ersticken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Morbilli sine exanthemate, von Josef Cassel. (Dissertation. Freiburg 1911.) Während es eine bekannte Erscheinung ist, dafs es von akuten Infektionskrankheiten, welche mit einem Ausschlag einherzugehen pflegen, Spielarten gibt, die ohne ein Exanthem ablaufen, und die sich meist durch ihren gutartigen Verlauf auszeichnen können (besonders gilt das für Pocken und Scharlach, von dem Heubner annimmt, dafs er in 2% der Fälle exanthemlos verläuft), ist wenig bekannt, dafs es auch Morbilli sine exanthemate gibt. Aus ihrer grofsen Seltenheit erklärte es sich, dafs einige Autoren an dem Vorkommen von solchen Morbilli sine exanthemate überhaupt zweifeln. Auch darin zeigt sich die kasuistische Rarität, dafs in der gesamten umfangreichen Literatur über die Masern meist die gleichen wenigen Fälle als Beweis angeführt werden. Am besten hätte man beim Auftreten von Masernepidemien Gelegenheit, zu sehen, wie bei einem Teil von Familienmitgliedern das Exanthem ausbricht, beim andern dagegen nicht, obwohl alle Patienten eventuell unter denselben fieberhaft katarrhalischen Erscheinungen erkranken. In der Tat gelangten auch so die meisten der an sich wenigen bekannten Fälle bei Epidemien zur Beobachtung.

Eine wertvolle Bereicherung der spärlichen Literatur bilden zwei Fälle, die an der Freiburger Klinik zur Beobachtung gelangten, und bei denen wohl kein Zweifel herrschen kann, dafs man es hier mit Morbilli sine exanthemate zu tun hat. Was diese beiden Fälle weit an Bedeutung über die bisher in der Literatur veröffentlichten hervorhebt, das ist die deutliche Beobachtung der Koplikschen Flecken. In den zwei Fällen traten die Flecken zu einer Zeit auf, zu der bei der Diagnose Morbilli der Ausbruch des Exanthems zu erwarten war.

Überblickt man die Zusammenstellung der bisher bekannten Fälle, so fällt auf, dafs die Masern mit anderen akuten Infektionen auch darin Ähnlichkeit zu besitzen scheinen, dafs sie besonders milde verlaufen, wenn sie ohne Ausschlag auftreten. Zwar machen die Fälle von Rilliet und Salzer hiervon eine Ausnahme, es handelt sich hierbei aber um von vornherein wenig widerstandsfähige Individuen im Beginne des Säuglingsalters, welches erfahrungsgemäfs die gröfste Mortalitätsziffer aufzuweisen hat, so dafs der letale Ausgang nicht lediglich den Masern zugeschrieben werden darf. In allen übrigen Fällen ist jedoch ausdrücklich hervorzuheben, dafs Komplikationen, die sonst in einem grofsen Prozentsatz bei typischen Masern aufzutreten pflegen, bei den exanthemlosen ausgeblieben sind. Deshalb sind Morbilli sine exanthemate in der Regel als leichte Masernfälle zu betrachten. *Fritz Loeb-München.*

Erythema nodosum im Anschlufs an Masern, von E. P. Joynt-Lewes. (*Brit. med. Journ.* 15. April 1911.) Verfasser berichtet über drei Fälle von Erythema nodosum, das bei Kindern im Alter von sechs bis acht Jahren wenige Tage nach der Entfieberung von Masern einsetzte. Dafs irgendein bestimmter Kausalnexus dabei bestanden habe, behauptet er allerdings nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Masernrheumatoid im Säuglingsalter, von M. Feibelmann-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 29.) Unmittelbar im Anschlufs an das Überstehen einer typischen Masernattacke bot ein sechs Monate alter Säugling Entzündnugserscheinungen an beiden Fufsrücken, am rechten Handgelenk und am rechten Ellenbogen in Form von intensiver Rötung und Schwellung dar. Im weiteren Verlauf wurden auch das Hüftgelenk und Knie der einen Seite affiziert. Analoge Fälle sind bisher nur in beschränkter Anzahl in der Literatur verzeichnet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine hämorrhagische und gangränöse Form von Varicella, von Frank Crozer Knowles - Philadelphia. (*New York med. Journ.* 6. Mai 1911.) Verfasser hat 32 Fälle von Varicella gangraenosa aus der Literatur gesammelt und fügt denselben einen selbst beobachteten hinzu, wo hämorrhagische und gangränöse Form zusammen vorkommen und bei dem 2½jährigen, außerordentlich kräftigen und sonst gesunden Knaben nach sieben Tagen zum Tode führten. Da auch von den anderen 32 Fällen 12 tödlich endeten, so muſs diese Komplikation der Schafblattern als höchst gefährlich angesehen werden. Der Verlauf ist dabei ein derartiger, daſs die Affektion mit der gewöhnlichen Art von Bläschenbildung beginnt und nach einigen Stunden schon deren Inhalt sich mit Blut füllt. Die hämorrhagischen Bläschen können dann, wie im vorliegenden Falle, zu Gangrän führen. Es gibt aber auch eine Form vonVaricella, bei welcher der Bläscheninhalt eitrig wird und dann zu Gangrän, gewöhnlich aber zum ekthymatösen oder impetiginösen Typus führt. Der Ausdruck Varicella gangraenosa sollte, wie Kn. schlieſslich betont, nur auf jene Fälle von Gangrän, welche direkt durch Schafblattern verursacht sind, die Bezeichnung Dermatitis gangraenosa infantum auf die nicht direkt mit Varicellen im Zusammenhang stehenden Fälle angewandt werden. *Stern-München.*

Erkrankungen und Sterbefälle an Pocken in Bayern im Jahre 1910 (*Ztschr. des k. Bayr. Statist. Landesamtes.* 1911. Nr. 2.) Im Jahre 1910 kamen in Bayern 8 (im Vorjahre 5) Pockenerkrankungen vor mit 2 (0) Sterbefällen. 5 Erkrankte und die beiden Gestorbenen waren männlichen, 3 weiblichen Geschlechtes. Das Lebensalter der Erkrankten schwankte zwischen 1½ und 51 Jahren. Die Groſsstädte München und Nürnberg sind mit je einem Fall vertreten. Der erstere betraf einen 22jährigen russischen Studenten, welcher sofort nach seiner Ankunft in München an Variolois erkrankte und jedenfalls schon in seiner Heimat oder auf der Reise infiziert worden war; der Fall ging nach 13 Tagen in Genesung über. Der zweite Fall betraf einen 51 Jahre alten Hopfenhändler, bei welchem auf seiner Rückreise von Kasan in Berlin die ersten Anzeichen einer Pockenerkrankung auftraten, welcher er innerhalb zehn Tagen im städtischen Krankenhause in Nürnberg erlag. Der zweite Todesfall betraf einen 17jährigen Arbeiter einer Glasfabrik in Grösdorf (Eichstädt). Bei dem häufigen Wechsel der groſsenteils aus Böhmen sich rekrutierenden Arbeiter wird Infektion durch alte Kleider oder Möbel vermutet.

Die in letzter Zeit intensiv einsetzende Agitation der Impfgegner gegen den Impfzwang läſst angezeigt erscheinen, das Auftreten der Pocken und namentlich deren Sterblichkeit während einer längeren Reihe von Jahren zu verfolgen und dabei insbesondere die beiden Perioden vor und nach Inkrafttreten des Impfgesetzes (wobei für Bayern die offizielle Wiederimpfung in Betracht kommt) zu vergleichen. Die Pockensterbefälle lassen sich in Bayern bis zum Jahr 1839/1840 zurückverfolgen. Es ergeben sich hierbei folgende Zahlen:

1839—1844	zusammen 2552 Sterbefälle, im Durchschnitt ...	510
1844—1849	„ 1336 „ „ „ ...	267
1839—1849	im Durchschnitt............................	389
1849—1854	zusammen 3219 Sterbefälle, im Durchschnitt ...	644
1854—1859	„ 1401 „ „ „ ...	280
1849—1859	im Durchschnitt............................	462
1859—1864	zusammen 544 Sterbefälle, im Durchschnitt ...	109
1864—1869	„ 3412 „ „ „ ...	682
1859—1869	im Durchschnitt............................	396
1869—1874	zusammen 9754 Sterbefälle, im Durchschnitt ...	1951
1839—1874	im Durchschnitt............................	635

In den 35 Jahren von 1839 bis einschliefslich 1874 sind demnach in Bayern 22218 Personen oder durchschnittlich jährlich 635 den Pocken erlegen.

Vom 8. Januar 1874 nach Inkrafttreten des Reichsimpfgesetzes:

1875—1879	zusammen 337 Sterbefälle, im Durchschnitt jährlich	67
1880—1884	„ 249 „ „ „ „	50
1875—1884	im Durchschnitt jährlich	59
1885—1889	zusammen 84 Sterbefälle, im Durchschnitt jährlich	17
1890—1894	„ 21 „ „ „ „	4
1885—1894	im Durchschnitt jährlich	11
1895—1899	zusammen 5 Sterbefälle, im Durchschnitt jährlich	1
1900—1904	„ 4 „ „ „ „	1
1895—1904	im Durchschnitt jährlich	1
1905—1909	zusammen 5 Sterbefälle, im Durchschnitt jährlich.....	1
1910	„ 2 „	

Die auffallend rasche Abnahme der Pockensterbefälle nach dem Inkrafttreten des Impfgesetzes, die verhältnismäfsig geringe Mortalität der Wiedergeimpften gegenüber den einmal Geimpften und besonders den Ungeimpften spricht allein für den wohltätigen Einflufs und die Notwendigkeit der Impfung und Wiederimpfung.

Fritz Loeb-München.

Zur Pockendiagnose, von E. Paschen - Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 24.) Bei sechs Pockenfällen im Hamburger Staatskrankenhaus, von denen drei diagnostisch unanfechtbar, die anderen zweifelhaft waren, gelang es P. sehr präzis, die von ihm und nachher von Aragas und v. Prowazek als Pockenerreger angesprochenen Körperchen im Ausstrich des Pustelinhalts nachzuweisen und somit die Diagnose zu sichern. Durch eine abkürzende Modifikation seiner ursprünglichen Färbemethode war es bei dem einen Patienten sogar möglich, das Resultat in Zeit einer Stunde festzustellen. Gleichzeitig mit diesen Fällen konnte ein Kind mit typischen Varicellen untersucht werden; das Ergebnis war ein vollständig negatives.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Was soll der Kreisarzt über Variola-Vaccine wissen? von Meder - Köln. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1911. Nr. 11.) Variola-Vaccine ist die durch Übertragung echten Menschenpockenstoffes auf das Rind erhaltene Vaccine. Zur Entnahme des Pockenstoffes eignen sich nur Fälle von echter Variola, je schwerer, um so besser; es ist erwünscht, dafs die Blattern nicht zu alt, am besten noch uneröffnet und noch nicht stärker eitrig getrübt sind. Der gewonnene Pockenstoff ist tunlichst umgehend zu verimpfen, jedenfalls bis dahin vor stärkeren Temperaturschwankungen zu schützen, am besten dauernd unter 10° C zu halten. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Variolois, von Wilke-Genthin. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte..* 1911. Nr. 10.) Die Frage, ob bei Variolois die Diagnose „Pocken“ gerechtfertigt ist, oder ob es sich lediglich um Varizellen handelt, ist oft schwierig zu beantworten. Im Falle, den der Verfasser behandelte, fehlte die Dellenbildung an den Blasen; erst im Abheilungsstadium trat bei einem Teil der eintrocknenden Blasen eine Nabelung auf. Trotzdem war die Diagnose Pocken sicher. Die Blasen zeigten bei wechselnder Gröfse das gleiche Entwicklungsstadium; das Gesicht und die Gliedmafsen waren erheblich stärker als der Rumpf befallen; geschützte Körperstellen — Lendengegend, Halsvorderfläche, Bauch — waren fast frei von Exanthem; über Knochenvorsprüngen gelegene oder durch Kleidung irritierte Haut — Fufsrücken, Ellenbogen — zeigten eine vermehrte Eruption. *Schourp-Danzig.*

Die Doppelreaktion bei der Kuhpockenimpfung, von C. v. Pirquet-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 18.) Verfasser hat seine früheren Beobachtungen

über den Ablauf von verschiedenen Impfungsprozessen bei der Wiederholung derselben am selben Individuum fortgesetzt und kommt auf Grund einer Reihe von Untersuchungen und von hier mitgeteilten Beispielen zu folgenden Schlüssen: Wie bei der Serumkrankheit lassen sich auch bei der Kuhpockenimpfung als verschiedene Formen der zeitlichen Allergie eine sofortige und eine beschleunigte Reaktion unterscheiden. Die beschleunigte Reaktion wird sowohl nach der cutanen Einimpfung von virulenter Lymphe als auch nach der subcutanen Injektion von abgetöteter Lymphe beobachtet. Wie bei der Serumkrankheit findet sich ferner auch bei der Kuhpockenimpfung die „Doppelreaktion“, d. h. das sukzessive Auftreten von sofortiger und von beschleunigter Reaktion. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Impetigo contagiosa und Impfung, von Pilf-Wiesbaden. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1911. Nr. 12.) Ein Kind aus unsauberen häuslichen Verhältnissen wird vom Impfarzt von der Impfung ausgeschlossen; es erkrankt bald danach an Impetigo contagiosa und eitriger Mittelohrentzündung und stirbt. Der Verfasser führt aus, wie die Impfgegner den Fall, falls er geimpft wäre, in ihrem Sinne ausgebeutet haben würden. *Schourp-Danzig.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Die Bekämpfung der Lepra in Estland, von A. Kupffer. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1911. S. 197.) Die zahlreichen, teils unter grofsen Opfern eingeführten Mafsnahmen zur Bekämpfung der Lepra in Estland, wie Internierung im Leprosorium, Kontrollierung der aufserhalb wohnenden Kranken, Belehrung der Bevölkerung usw., sind nicht ohne Erfolg geblieben. Die Zahl der Erkrankungen und die der neuentdeckten Fälle verringert sich, so dafs man sagen kann, die Lepra nehme ab. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Nastin bei Lepra, von S. G. Ranaday-Thakurdwar. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1911.) Verfasser teilt ganz kurz mit, dafs er einen Fall von Lepra anaesthetica, der etwa 13 Jahre bestanden hatte, sich hat sehr erheblich bessern sehen nach je zwölf (wochenweise verabreichten) Injektionen von Nastin B 0 und von Nastin B 1. Sowohl die Läsionen als auch das Allgemeinbefinden wurden äufserst günstig beeinflufst. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Tuberkulose.*

Verhandlungen der II. Sitzung des Lupusausschusses des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Sachverständigensitzung zur Beratung der Behandlungsmethoden des Lupus. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 25.)

1. **Die chirurgische Behandlung des Lupus,** von Lang-Wien.
2. **Die Behandlung des Lupus nach Finsen,** von Zinsser-Köln.
3. **Die Behandlung des Lupus mit Radium,** von Wichmann-Hamburg.
4. **Die Behandlung des Lupus nach anderen Methoden,** von Gottschak-Stuttgart.

Aus den Arbeiten und vor allem aus der sich daran anschliefsenden lebhaften Diskussion geht hervor, dafs die ärztliche Kunst des Individualisierens hier wie auf anderen Gebieten die Hauptrolle des Erfolges spielt: Diejenige Methode wird zur Heilung eines Lupusfalles führen, die jeweilig für ihn pafst. *W. Lehmann-Stettin.*

Die (von Pirquetsche) Cutanreaktion auf Tuberkulin, von J. W. Bride-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 14. Mai 1910.) Verfasser hat die Reaktion bei 92 Fällen verschiedener Art, teils mit tuberkulösen, teils mit nichttuberkulösen Affektionen angestellt und konstatiert, dafs das Verfahren von grofsem diagnostischen Werte ist. Unrichtige Resultate wurden damit allerdings bei tuberkulöser Meningitis, bei Komplikationen des tuberkulösen Grundleidens und bei stark fiebernden Tuberkulosekranken erhalten. Ob die Anwendung der Reaktion absolut frei von jeglicher Gefahr sei, möchte B. noch dahingestellt sein lassen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Untersuchungen über die von Pirquetsche Tuberkulinreaktion bei Kindern mit chirurgischen Krankheiten, von P. Mills. (*Brit. med. Journ.* 14. Mai 1910.) Die vom Verfasser bei 123 Fällen vorschriftsmäfsig ausgeführte Cutanreaktion ergab nur in vier Fällen ein durch die weitere Beobachtung nicht bestätigtes Resultat. Auch ist zu konstatieren, dafs das von Rindertuberkulose stammende Tuberkulin die Reaktion eben so sicher auslöst, wie das menschliche Tuberkulin. In der Regel war die Reaktion schon am ersten Tage wahrnehmbar und am zweiten am deutlichsten ausgesprochen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Wirkung der Stauung auf die lokalen Tuberkulinreaktionen und die lokalen tuberkulösen Prozesse nebst einem Versuch zur Erklärung derselben, von Albert Falk. (Dissert. München 1911.) Von einschlägigem Interesse ist folgendes: Verfasser staute einen Fall von Lichen scrophulosorum und fand nicht allein in den Knötchen, sondern auch an der übrigen gestauten Haut äufserst zahlreiche Petechien; jedoch waren diese in den Eruptionen selbst in gröfserer Anzahl vorhanden. Diese Blutungen traten schon bei geringer Stauung ein. Ähnlich verhielten sich einige Fälle von Lupus vulgaris (Klappscher Sauger). Es traten schon bei sehr geringgradigem Saugen deutliche Blutungen im Bereiche des lupösen Gewebes ein. Es zeigte sich also ein Unterschied gegenüber dem Lichen scrophulosorum, bei dem auch die nicht mit Knötchen bedeckten Hautstellen leicht geblutet hatten. Vielleicht läfst sich nach der Meinung des Verfassers dieses leichte Bluten auf Stauung bei Lupus vulgaris und Lichen scrophulosorum differentialdiagnostisch verwerten.

Fritz Loeb-München.

Ein mit Tuberkulininjektion behandelter Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, von M. Schein-Budapest. (*Bör-és Bujakortan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1911. Nr. 2.) Auf dem linken Daumen entwickelten sich bei der Patientin, die ihre an Tuberkulose seither verstorbene Schwester pflegte, auf einer 3 cm langen, $1^1/_2$ cm breiten Fläche sechs mit einander verschwommene Knoten. Infolge der Wucherung in der Epidermis war die Fläche verrukös. Nach der ersten Injektion mit einer (1:5) Lösung des Kochschen alten Tuberkulins trat an der Impfungsstelle eine circumscripte akute Reaktion auf. Nach der fünften Injektion zerfiel die Mitte der Plaque und wurde ulcerös. Unter einer Xeroformsalbe wurde sie flach und heilte ab. In sonstigen Organen konnte keine Veränderung nachgewiesen werden. Die Ansteckung kam von aufsen. Wenn wir Tuberkulin nur in sehr geringer Menge in das pathologische Gewebe der Haut bringen, äufsert es sich in Form einer örtlichen Reaktion. Allgemeine Wirkung zeigt sich nur in dem Falle, wenn gleich anfangs entweder mit rein Tuberkulin oder mit einer sehr starken Lösung injiziert worden ist. Die Stärke der örtlichen Reaktion hängt von der Konzentration und der Menge des angewendeten Präparates ab. *Porosz-Budapest.*

Pathogenetische Studien über die Beziehungen, die zwischen dem Erythema nodosum und der Tuberkulose bestehen, von A. Pérel. (*Thèse de Paris.* 1910. Nr. 196.) Die Arbeit enthält nichts wesentlich Neues, verdient aber wegen der reichlichen mitgeteilten Kasuistik und wegen des fleifsigen Literaturverzeichnisses, das bei

weiteren Untersuchungen über das Titelthema gute Dienste leisten wird, an dieser Stelle angeführt zu werden. *Fritz Loeb-München.*

Das polymorphe Erythem im Verlauf der Tuberkulose. (*Morgagni.* 26. April 1911.) Eine Literaturstudie. *Gunsett-Strafsburg.*

Beitrag zum Studium des primären Schleimhautlupus und seiner Behandlung, von Curt Kayser. (Diss. Berlin 1910.) Es handelt sich im eingehend beschriebenen Fall um einen primären Schleimhautlupus bei einem jungen, sonst völlig gesunden Mädchen, das auch in keiner Weise erblich belastet ist. Bemerkenswert ist die Lokalisation des Lupus, indem sich am Zahnfleisch eine ausgedehnte Erkrankung bei einem relativ kleinen Herd in der Nase fand, während sonst Haut und Schleimhäute völlig frei sind. Als Ausgangspunkt der Erkrankung ist die Nasenschleimhaut anzusehen, und zwar ist die typische Stelle des Septums betroffen. Da bei der Patientin sonst keine tuberkulöse Affektion am Körper nachweisbar war, hält es Verfasser für zweifellos, dafs es sich hier um eine direkte Infektion dieser ja besonders exponierten Stelle handelte. Von der Nasenschleimhaut aus ist dann das Zahnfleisch erkrankt, doch ist eine Fortpflanzung per continuitatem ebensowenig wie in den meisten Fällen von Schleimhautlupus nachzuweisen. Der Heilungsprozefs ging ohne stärkere lokale Reaktion vor sich. Was die Behandlung anbelangt, so wurde im vorliegenden Falle ziemlich weit über die bisher üblichen Tuberkulindosen hinausgegangen. Es wurden auch die gröfseren Dosen ausgezeichnet vertragen, und es stellten sich weder stärkere Reaktionserscheinungen an den erkrankten Partien ein, noch wurde das Allgemeinbefinden irgendwie erheblich gestört. Es erscheint dabei von Wichtigkeit, dafs in diesem Falle mit der Steigerung der Dosen so vorgegangen wurde, wie es von B. Fränkel angegeben worden ist, d. h. dafs man mit Ausnahme der kleinsten Dosen nie eine gröfsere Steigerung als höchstens um 50% hat eintreten assen. Nach den gewonnenen Erfahrungen verdient das Tuberkulin zweifellos in der Therapie des Lupus wieder mehr herangezogen zu werden, besonders da, wo der Allgemeinzustand des Patienten ein guter ist. *Fritz Loeb-München.*

Kasuistischer Beitrag zum Lupuscarcinom, von Bassja Schwartz. (Inaug.-Dissert. Berlin 1911.) Die Entstehung des Cancroids auf lupöser Haut einerseits und durch Röntgenstrahlen irritierter Haut andererseits und eine Kombination beider illustriert Verfasser an der Hand von vier Fällen aus der chirurgischen Klinik der Charité. Bei Betrachtung der beschriebenen Fälle ersieht man, dafs mit Ausnahme des dritten Falles, der Lupus das ganze Leben des Patienten begleitet. In diesem dritten Falle jedoch trat er im 54. Lebensjahr auf. Das gilt als einer der Ausnahmefälle, denn alle Statistiken beweisen, dafs Lupus in frühem Alter auftritt. Was das Carcinom anbetrifft, so ist es Tatsache, dafs das Auftreten desselben auf der Haut vor dem 40. Lebensjahr zu den Seltenheiten gehört. Das Lupuscarcinom dagegen ist schon sehr früh wahrnehmbar, sogar schon im 10. Lebensjahr (Abraham: Inaug.-Dissert. Freiburg 1902). In Fall 3, wo das Lupuscarcinom im 57. Lebensjahr auftritt, ist die Ursache davon in dem späteren Auftreten des Lupus zu suchen. Die Dauer vom Anfange des Lupus bis zum Entstehen des Carcinoms ist verschieden. So in Fall 1 nach 7 Jahren, in Fall 2 ungefähr 15 Jahren, Fall 3 nach 4 Jahren und Fall 4 nach 39½ Jahren. Man kann also nicht von einem Inkubationsstadium für das Entstehen des Carcinoms nach Lupus sprechen. Ob Röntgen- oder Finsenbehandlung an der Entstehung des Carcinoms Schuld trägt, ist nur in zwei von den Fällen des Verfassers zu ersehen. In einem Fall wurde der Patient an einer blumenkohlartigen Geschwulst operiert, ehe er mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Ob hier Carcinom vorgelegen hat, ist nicht klargestellt. Dann wurde er 1901 mit Finsenstrahlen behandelt, wonach im Jahre 1903 eine Enukleation des linken Auges vor-

genommen wurde. Im Jahre 1904 wurde er mit Röntgenstrahlen behandelt und 1907 an Carcinom operiert. *Fritz Loeb-München.*

Über die Entstehung eines Sarkoms auf dem Boden eines Lupuscarcinoms, von E. SENGER-Krefeld. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 15.) Ein Lupuscarcinom auf der Wange heilte nach Abtragung und nachfolgender Röntgenbestrahlung. 3/4 Jahre später entwickelte sich an der gleichen Stelle ein Tumor, der als Sarkom diagnostiziert wurde und in raschem Wachstum den Tod herbeiführte. Eine Reihe von geschwollenen Lymphdrüsen hatte eine höchst charakteristische Eigenschaft, insofern sie cystisch erweicht und mit trüber Flüssigkeit erfüllt waren. Ähnliche Befunde hatten EHRLICH und APOLANT bei ihren Mäusetumoren. Als wichtige Folgerung leitet Verfasser ab, daſs Carcinom und Sarkom, mögen sie auch histologisch und entwicklungsgeschichtlich streng geschieden sein, ätiologisch und klinisch sehr nahe zueinander gehören.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter, von H. MAASS-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 1911. Nr. 8.) Auf Haut- und Weichteiltuberkulose entfallen 18% des 7237 Fälle betreffenden Materials. Das Säuglingsalter ist ziemlich immun, am frühesten — oft schon gegen Ende des ersten Lebensjahres — kommt die Hauttuberkulose, namentlich das Skrophuloderma zur Beobachtung. Lupusherde lassen sich bei Kindern meist leicht exstirpieren. Dem Rate, skrophuloderme und tuberkulöse Hautgeschwüre durch Kurettement zu behandeln, wird man jedoch trotz der oft eklatanten Besserungen bzw. Heilungen besser nicht Folge leisten, da Fälle von Miliartuberkulose danach beobachtet sind und der auf dem vorjährigen Kongreſs der Lupusärzte stattgehabte Meinungsaustausch diese Methode als bedenklich ohne Widerspruch verwarf.

Auffallend häufig ist bei Kindern die Epididymitis tuberculosa, welche meist ziemlich akut auftritt; dabei sind Samenstrang und Prostata fast nie beteiligt, also handelt es sich um hämatogene embolische Metastasen. *Arthur Schucht-Danzig.*

c. *Syphilis.*

Prophylaxe der Syphilis in der französischen Armee 1901 bis 1911, von GRANJUX. (*Bull. d. l. soc. franç. d. prophyl. som. et mor.* 1911. S. 60.) Die Studien, die G. in den letzten zehn Jahren über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere machte, zeigten ihm, daſs die Syphilis der Mannschaften von der heimlichen Prostitution herrührt und hauptsächlich im Tingeltangel erworben wird. Deshalb habe in diesem Punkte die Prophylaxe einzusetzen. Als bestes Mittel erscheint die Errichtung von Soldatenhäusern, die abseits von Politik und Konfession, den Soldaten Gelegenheit zur Unterhaltung, Lektüre, Spiel usw. bieten.

Anschlieſsend eine lebhafte Debatte über die segensreichen Wirkungen dieser und ähnlichen Schöpfungen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Der syphilitische Schanker beim Kind, von ADRIEN MANNE. (*Thèse de Paris.* 1910. Nr. 203.) Im ersten Teil der umfangreichen Arbeit erörtert der Verfasser die Ansteckungsmöglichkeiten mit Syphilis beim Kind: beim Stillen, durch Küssen, durch Speise- und Trinkutensilien, Spielsachen, Leibwäsche der Eltern, bei chirurgischen Eingriffen usw. — Im zweiten Teil werden die Charaktere des syphilitischen Schankers beim Kinde besprochen. Ein Kapitel über die Prognose, welche im allgemeinen bei der erworbenen kindlichen Syphilis günstig ist, und ein ziemlich dürftiges Literaturverzeichnis beschlieſsen die Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Über den Primäraffekt der Augapfelbindehaut, von GEORG KROLL. (Inaug.-Dissert. Breslau 1910.) Es sind 15 Frauen und 16 Männer in der Literatur des Schankers der Augapfelbindehaut als erkrankt angeführt. Nicht weniger als 18 von

22 Altersangaben beziehen sich auf das 18. bis 35. Lebensjahr, d. h. 85%. Die Übertragung der Syphilis auf die Conjunctiva findet statt beim sexuellen Verkehr, bei Pflege syphilitischer Personen, besonders Kindern, durch verspritztes Fruchtwasser, Speichel und Auslecken des Bindehautsackes. In neun von zehn Fällen sind es die syphilitischen Plaques der Mund- und Rachenschleimhaut und der Zunge, welche als Infektionsquelle anzusehen sind und von mehreren Autoren mit Bestimmtheit als solche angeführt werden. Entsprechend der Häufigkeit der Blepharitiden, Conjunctivitiden infolge der Zartheit der Lidhaut und Bindehaut ist die große Zahl der Lidschanker, die sich auf die dieser Eingangspforte etablieren, genügend motiviert. Anfangs gleicht dann wohl die Affektion einem Gerstenkorn, greift bei ulcerösem Zerfall auch auf die Haut oder Bindehaut über, so daß schließlich die Lokalisation nicht mehr zu erkennen ist. Auch für die Entstehung der Primäraffekte mit rein konjunktivalem Sitz sind Entzündungen der Bindehaut heranzuziehen, indem sie durch Juckreiz usw. zum Reiben mit dem Finger oder sonstigen Manipulationen verleiten und auf diese Weise mit den Syphiliserregern in Berührung bringen. Aus rein mechanischen Gründen ist die innere Kommissur und deren Umgebung, ferner der untere Bindehautsack der Ansiedelung der Spirochäten am meisten ausgesetzt; die Zahl der hier vorkommenden Schanker überwiegt und beträgt 82%. Die für den Bindehautschanker charakteristischen Symptome sind: ein Tumor oder eine Erosion auf infiltriertem Grunde, in chemotischer Umgebung, mit Drüssenschwellungen am Ohr oder am Unterkiefer derselben Seite, sämtlich ohne besondere Schmerzen oder sonstige Erscheinungen von seiten des Auges. Der syphilitische Schanker der Conj. bulbi findet sich stets isoliert. Die Ausdehnung des Primäraffektes wechselt zwischen der Größe einer Linse und eines Zehnpfennigstückes. Vielfach wird man an eine Blennorrhoe erinnert infolge der auffallenden Rötung und Schwellung der Bindehaut, wobei das Ödem der Lider sehr wechselt und die Sekretion auffallenderweise gering sein kann. Oder der Primäraffekt beginnt mit einer Erosion, oder man sieht einen diphtheroiden Belag, nach dessen mehr oder weniger schwierigen Entfernung der darunterliegende Epitheldefekt sichtbar wird. Die Plica vergrößert sich zu einer ausgesprochenen vertikalen Spindel. In der Nähe des Limbus kann der Primäraffekt an eine Phlyktäne erinnern. Bei dieser Lokalisation schwillt die Augapfelbindehaut typischerweise derartig an, daß sie ringförmig wie ein Wall die Cornea überragt oder auch überlagert.

Die Induration der Geschwürsbasis und der Umgebung braucht nur als pergamentartige Verdickung zu imponieren, erreicht aber meist Knorpelhärte; sie ist eine der charakteristischsten und hervorragendsten Erscheinungen des Augenschankers und pathologisch-anatomisch begründet. Sie gibt mitunter der Affektion die Beschaffenheit und das Aussehen eines Tumors, der an der Spitze zerfällt und zeichnet sich aus durch monatelange Persistenz; die Conjunctiva ist über dem Tumor nicht verschieblich. Die Infiltration geht nicht immer in Geschwürsbildung über. Neben ihr bestehen mitunter kleinere hirsekorngroße Knötchen, die an Tuberkulose erinnern. Trotz der kolossalen Veränderungen am Auge sind die subjektiven Beschwerden fast stets auf ein lästiges Gefühl beschränkt. Als weiteres Charakteristikum des Augenschankers sind die Drüsenschwellungen zu nennen. Sie werden am 7. bis 20. Tage nach den ersten Erscheinungen nachweisbar. Auf der gleichen Gesichtshälfte gelegen wie der Schanker, sind sie hart, indolent, verschieblich. Zuerst schwillt die Lymphdrüse vor dem Ohr an, meist auch die Kieferdrüsen. Wenn der Bubo praeauricularis fehlt, ist dies stets auffallend.

Die richtige Diagnose ist wichtig für die rationelle Therapie. Oft müssen Sekundärerscheinungen abgewartet werden; diese pflegen fünf bis sechs Wochen post infectionem aufzutreten und unterscheiden sich nicht von den bekannten Sekundär-

erscheinungen nach genitaler Infektion. Wenn aus der klinischen Beobachtung die Diagnose nicht absolut sicher erscheint, dann bleibt immer noch der bakteriologische Nachweis des Syphiliserregers und die Serumreaktion.

Jeder extragenitale syphilitische Schanker an sich kann zu verhängnisvollen Irrtümern Veranlassung geben; in Betracht kommen: a) das Epitheliom, b) Lupus, c) Gumma, d) weicher Schanker. Der Conjunctivalschanker aufserdem kann infolge seines Sitzes auf der Conjunctiva der Lider oder des Bulbus verwechselt werden mit e) Tarsitis syphilitica, f) Phlyktaene, g) Abscefs, h) episkleritischen Knoten. Verfasser bespricht eingehend die differentialdiagnostischen Merkmale.

Mit Ausnahme der mechanisch bedingten Funktionsstörungen des Auges, die sich äufsern in Beeinträchtignng der Motilität des Bulbus durch den tumorartigen Schanker mit zeitweiligem Doppelsehen, ferner in mitunter völligem Lichtabschlufs infolge hochgradigen Ödems, Ptosis der Lider und starker Chemose der Conj. bulbi, hat der Conjunctivalschanker keinen nennenswerten schädigenden Einflufs auf das Auge. Wenn aber auch der harte Schanker der Conjunctiva einen ausgesprochenen gutartigen Verlauf hat, so scheint er doch infolge seiner Lokalisation einen Locus minoris resistentiae zu schaffen für Syphiliserkrankungen sekundärer und tertiärer Art an edleren Teilen des Auges. *Fritz Loeb-München.*

Die extragenitalen Primäraffekte an der unteren Körperhälfte, von Pius Pfeifer. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1910.) Die Arbeit verdient wegen der fleifsigen Zusammenstellung der bisherigen Literatur (Tabellen) Erwähnung.

Fritz Loeb-München.

Zur Kasuistik des extragenitalen syphilitischen Schankers, von Mamuljantz. (*Wratschebanja Gaseta.* 1911. Nr. 25.) Beobachtung von drei extragenitalen Schankern, von denen der eine auf der Oberlippe eines 30jährigen Mannes, die beiden anderen am After bei je einem Zögling von 16 und von 19 Jahren safsen. Die Infektion war in dem ersten Fall durch Kufs, in den beiden anderen Fällen durch Coitus per anum zustande gekommen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Ein Fall von Reinfectio syphilitica, von F. Bering - Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 18.) Die Hauptdaten des Falles sind folgende: Ein 28jähriger, verheirateter Arbeiter wurde am 15. Oktober 1909 mit typischer Sklerose und indolenter Schwellung der Lymphdrüsen der Leiste, des Ellenbogens, der Achselhöhle und des Nackens und mit positivem Wassermann in Behandlung genommen. Er erhielt zwölf Spritzen graues Öl nach Zieler zu 0,075 und blieb dann, weil der Primäraffekt prompt verheilte, und keine weiteren Symptome auftraten, aus der Behandlung fort. Am 18. Oktober 1909 wurde bei der Ehefrau ein vollständig negativer Befund erhoben; am 20. Dezember 1909 dagegen kam sie mit einem typischen, durch den Spirochätennachweis gesicherten Primärsyphilid in der Nähe des Orificium urethrae in Behandlung. Am 8. Januar 1910 brachte sie ein vollständig gesundes Kind zur Welt. Bis zum 5. April 1910 wurde bei ihr die Wassermannsche Reaktion negativ befunden, und es unterblieb eine weitere Behandlung. Am 5. Januar 1911 trat sie mit breiten Kondylomen an den Labien und anderen Läsionen wieder in Behandlung. Am 23. Februar 1191 wurde bei dem Ehemann, der am 3. Januar 1911 frei von Lues konstatiert worden war und negativen Wassermann ergeben hatte, ein fingernagelgrofses Ulcus an der Glans mit positivem Spirochätenbefund und anderen Folgeerscheinungen festgestellt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht über einen Fall von maligner Syphilis, von W. Fingland-Liverpool. (*Lancet.* 8. April 1911.) Ein 51jähriger Mann kam drei Wochen nach der Infektion in ärztliche Behandlung mit einem Primärgeschwür an der Corona glandis und deutlicher Adenitis der Inguinaldrüsen. Es wurden zunächst Quecksilberpillen gegeben,

dann, da sechs Wochen später die Erscheinungen eine maligne Natur vermuten ließsen, eine Inunktionskur usw. Nach zeitweiliger Besserung traten weitere Erscheinungen hervor, und trotz fortgesetzter systematischer Behandlung erfolgte unter cerebralen Symptomen der Tod sieben Monate nach dem Erscheinen des Primärgeschwürs. Die Autopsie ergab unter anderem das Vorhandensein einer ziemlich ausgedehnten Gehirnblutung und meningitische Läsionen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Kenntnis des syphilitischen Gumma praecox, von Pierre Bourrouillou. (*Thèse de Paris.* 1910. Nr. 148.) Ohne wesentliche neue Tatsachen; Kasuistik von 18 Fällen. *Fritz Loeb-München.*

Die Arthritis luetica simplex, von Wilhelm Puhlmann. (Inaug.-Dissert. Berlin 1908.) *Fritz Loeb-München.*

Über Neigung Syphilitischer zu Blutungen und ein Fall von Syphilis bei einem Hämophilen, von Otto Sichting. (Inaug.-Dissert. Berlin 1908. *Fritz Loeb-München.*

Syphilitische Pigmentationen und Depigmentationen (Leukoderma syphiliticum, Vitiligo bei Lues, primäre und sekundäre Pigmentsyphilis), von Fritz Giesing. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Über Syphilis und Tuberkulose, von Albert Grasser. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Frage über das Auftreten der Alopecia syphilitica, von David Seldowitsch. (Inaug.-Dissert. Berlin 1908.) *Fritz Loeb-München.*

Alopecie bei einem kleinen Kinde mit erworbener Syphilis, von E. W. Dittrich-New York. (*Post-Graduate.* Mai 1910.) Dreijähriger Knabe mit typischer, fleckiger, syphilitischer Alopecie des behaarten Kopfes und der Augenbrauen, einem papulösen Exanthem und den anscheinenden Resten des Primäraffektes sm linken Unterschenkel. *W. Lehmann-Stettin.*

Über gummöse Syphilis der Nase, von Felix Peltesohn. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1911. Nr. 14.) Die gummöse Syphilis der Nase wird unter eingehender Berücksichtigung der Literatur in dieser ausführlichen Arbeit besprochen. Sie erscheint seltener in circumcripter Form als in diffuser Infiltration von Schleimhaut, Knochen, Knorpel, Periost und Perichondrium. Am häufigsten erkrankt das Septum narium, selten sind die syphilitischen Granulationsgeschwülste der Nase. Die eingehend abgehandelte Symptomatik ist für den Rhinologen wie Syphilidologen von gleichem Interesse. Therapeutisch kommen Jodkalium, Hg und Salvarsan in Betracht, die als besonders wirksam erwähnten Aachener Schwefeltermen sind wohl bei sonst guter Behandlungstechnik nicht gerade notwendig. *Arthur Schucht-Danzig.*

Doppelseitige Taubheit infolge von Syphilis, sechs Monate nach der Infektion, von Kownatzki-Strafsburg i. E. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 25.) Ein im Militärlazarett wegen einer makulo-papulösen Syphilis mit Injektionen von Hydrarg. succinimid. und Schmierkur erfolgreich behandelter Soldat erkrankte vier Monate nach seiner dienstlichen Wiederherstellung an doppelseitigem Ohrensausen, Kopfweh, Schwindel und Taubheit. Letztere Erscheinung, welche von spezialärztlicher Seite auf luetische Prozesse im inneren Ohre zurückgeführt wurde, blieb dauernd bestehen, während die subjektiven Störungen bei einer wiederholten Hg-Behandlung verschwanden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Spirochäten bei sekundär-syphilitischer Nephritis, von Le Play und A. Sézary. (*Bull. méd.* 1911. S. 433.) Bei einem 45jährigen Patienten, der bald nach der Infektion eine luetische Nephritis bekam, der er erlag, wurden mit der Silbernitratmethode zahlreiche Spirochaetae pallidae in den Harnkanälchen nachgewiesen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Subakute Nephritis, Diabetes mellitus und Diabetes insipidus syphilitischen Ursprungs, von G. Comessatti. (*Morgagni.* 11. April 1911.) Der erste Fall betrifft einen 54jährigen Mann, der sich im 47. Jahre infizierte. Die ersten beiden Jahre wurde er ziemlich energisch mit Protojoduret-Quecksilber behandelt. Nichtsdestoweniger litt er aber anhaltend an Kopfschmerzen. Sieben Jahre nach der Infektion stellte sich eine linksseitige cerebrale Hemiplegie ein. Der Urin enthielt eine ungeheure Menge Eiweifs mit epithelialen und granulierten Cylindern und einigen roten Blutkörperchen im Sediment (spezifisches Gewicht 1020). Wassermann positiv im Blut, negativ in der Cerebrospinalflüssigkeit. Der Patient wurde einer Kur von 40 Inunktionen kombiniert mit Jodkalium unterworfen und nach drei Monaten war der Urin ohne diätetische Behandlung eiweifsfrei und sein sonstiger Körperzustand befriedigend.

Ein zweiter Kranker bekam zehn Jahre nach der Infektion Diabetes, dessen syphilitische Natur durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion dokumentiert war. Eine kombinierte Quecksilber-Jodkaliumbehandlung führte auch hier zur Heilung.

Im dritten mitgeteilten Fall stellte sich bei einer 32jährigen Frau zwölf Jahre nach der Infektion Diabetes insipidus ein. Doch war in diesem Fall die Wassermannsche Reaktion sowohl im Blut als in der Cerebrospinalflüssigkeit negativ.

Gunsett-Strafsburg.

Syphilitische Nephritis mit Salvarsan behandelt, von Widal und Javal. (*Bull. méd.* 1911. S. 52.) Bei einem Patienten mit 10—14‰ Albumen wurde durch Salvarsan im Laufe eines Monats ersteres auf 1‰ herabgedrückt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Cystoskopische Diagnose der Blasensyphilis, von J. P. Haberern. (*Zentralbl. f. Chir.* 1911. Nr. 19.) Eine 41jährige Patientin, die im 14. Jahre längere Zeit an Zungengeschwürchen und zwei Jahre später an handtellergrofsen Geschwüren der Innenfläche der Oberschenkel litt, bekam in ihrem 37. Jahre Urindrang mit blutigem Urin, der vier Jahre lang fortbestand. Bei der Untersuchung fand sich cystoskopisch die Sphinkterwand geschwollen, uneben und knapp dahinter sah man eine runde, reichlich wallnufsgrofse, von der linken Seite ausgehende, umschriebene, an drei bis vier Stellen höckerig vorspringende, mit Schleimhaut bedeckte Geschwulst, deren prominenteste Oberfläche an einzelnen Stellen teils ulceriert, teils eitrig belegt war. 35 Tage nach einer Injektion von 0,45 Salvarsan war das Gumma bis auf eine kleine glatte Erhabenheit geschwunden. *Gunsett-Strafsburg.*

Sanduhrmagen auf syphilitischer Basis. Heilung, von Béclère und Bensande. (*Bull. méd.* 1911. S. 458.) Ein 54jähriger Patient erkrankte an schweren Magenstörungen unter Zeichen hochgradigen Verfalls, so dafs an Carcinom gedacht wurde. Röntgenologisch wurde eine Einschnürung des Magens festgestellt, die den Wismuthbrei nur langsam passieren liefs. Vor einem chirurgischen Eingriffe wurde eine spezifische Kur eingeleitet, durch die Patient in einigen Monaten vollständig (auch röntgenologisch) geheilt wurde. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ein Fall von syphilitischer Rektumstenose, von Friedrich Clemens Klein. (Inaug.-Dissert. München 1908.) *Fritz Loeb-München.*

Akute gelbe Leberatrophie bei florider Syphilis mit schweren Epithelnekrosen der Nieren, von Johann Hinrich Janssen. (Inaug.-Dissert. Berlin 1911.) Zu kurzem Referat nicht geeignete Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Spätdiagnose einer gummösen Leberlues, von Arthur Klein. (Inaug.-Dissert München 1910.) Die Anerkennung der prinzipiellen Bedeutung der Wassermannschen Probe für die Chirurgie überwiegt weit die geringen kritischen Einschränkungen, die

sich durch eine gewissenhafte, praktische Prüfung der Methode ergaben. Die gelegentlichen Fehlerquellen der Serodiagnose, die Tatsachen, daſs sie keine Organdiagnose gibt, und ihr negativer Ausfall nicht immer einer Abwesenheit von Lues entspricht, beeinträchtigen ihre groſse praktische Bedeutung nur wenig. Bei einem Fall, wie er der Arbeit zugrunde liegt, ist sie ein diagnostisches Hilfsmittel von gröſstem Wert, da die morphologischen Unterscheidungsmerkmale bei tumorbildenden Leberaffektionen leicht im Stiche lassen. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zu den syphilitischen Erkrankungen des Herzens und der Aorta unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion, von Alfred Reitter. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1911.) Bei Personen in jugendlichem oder mittlerem Lebensalter, die an einer Aortitis, einem Aneurysma oder einer Aorteninsuffizienz leiden, fällt die Wassermannsche Reaktion in rund 86% der Fälle positiv aus. Mit Hilfe der Anamnese und sonstiger klinischer Symptome läſst sich eine vorausgegangene Lues nur in rund 59% der Fälle feststellen. Die Wassermannsche Reaktion ist also ein sehr wertvolles diagnostisches Hilfsmittel. Durch den Ausfall der Wassermannschen Reaktion wird somit die Ansicht Hellers und seiner Schule bestätigt, daſs die oben genannten Erkrankungen in weitaus der Mehrzahl der Fälle auf Syphilis beruhen. Gegen die syphilitischen Erkrankungen der Aorta tritt die Herzsyphilis an Häufigkeit zurück. Der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei einer Erkrankung der Koronararterien und des Myocards spricht nur mit einiger Wahrscheinlichkeit für eine Spezifität derselben. Wenn es sich aber um Kranke im jugendlichen oder mittleren Lebensalter handelt, wenn andere ätiologische Momente als Lues für die Krankheit nicht offensichtlich sind, wird der Wassermannschen Reaktion eine ausschlaggebende Rolle beizumessen sein. Die Wassermannsche Reaktion ist daher nur verwertbar im Verein mit der klinischen Beobachtung. Besteht Verdacht auf eine luetische Herz- oder Aortenerkrankung und fällt die Wassermannsche Reaktion negativ aus, so ist dieselbe zu wiederholen. Bei syphilitischen Herz- und Aortenerkrankungen ist, wenn die Wassermannsche Reaktion ein positives Resultat ergibt, und wenn der Krankheitszustand des Patienten es erlaubt, ein traitement mixte einzuleiten und womöglich solange fortzusetzen, bis die Reaktion negativ wird. In vielen Fällen gelingt dies jedoch nicht. In den nächsten Jahren ist eine Inunktionskur zu wiederholen. In Fällen, die noch nicht zu weit vorgeschritten sind, ist ein therapeutischer Versuch mit Salvarsan angezeigt, unter Berücksichtigung der von Ehrlich aufgestellten Kontraindikationen. In späteren Stadien ist wenigstens die innere Darreichung von Quecksilber und Jod in steigenden Dosen ratsam. Das häufige Vorkommen der syphilitischen Herz- und Aortenerkrankungen verlangt, daſs bei Personen mit positiver Wassermannreaktion aus prophylaktischen Gründen eine Inunktionskur eingeleitet und in den nächsten Jahren wiederholt wird.

Aus dem Ergebnis der Wassermannschen Reaktion lassen sich prognostisch nur mit Vorsicht Schlüsse ziehen für den Verlauf der Herz- und Aortenerkrankung, da eine positive Reaktion ohne jedwede greifbare Ursache sich in eine negative verwandeln kann, wenn schon derartiges bei Gefäſserkrankungen sehr selten beobachtet wird und da auſserdem die Reaktion, die infolge spezifischer Behandlung negativ geworden ist, oft bald wieder positiv werden kann. Die Prognose des Aortenaneurysmas ist auch trotz intensiver spezieller Behandlung schlecht, die der Aorteninsuffizienz besser. *Fritz Loeb-München.*

Über die Lokalisation der Myocarditis syphilitica, von Max Pitzner. (Inaug.-Dissert. München 1908.) *Fritz Loeb-München.*

Die gummöse Mesoarteriitis, von Ch. Ladame. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* 1910. Nr. 6.) Der vorliegenden Arbeit liegen pathologisch-anatomische

Untersuchungen von Aorten zugrunde, die von einigen Fällen von progressiver Paralyse, von einem Fall von diffuser cerebraler Lues und zwei Aortenaneurysmen stammten. Der Autor hebt hervor, dafs die gummöse Mesoarteriitis häufiger als gemeinhin angenommen wird, bei der progressiven Paralyse vorkommt. Die Hälfte, wenn nicht zwei Drittel dieser Kranken sind Träger solcher mehr oder weniger vorgeschrittener Läsionen. Eine mikroskopische Untersuchung zeigt gewöhnlich, dafs es sich um mikroskopische Gummen mit Riesenzellen handelt, während richtige Atheromatose zu den Seltenheiten gehört. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Aortitis luetica, von Schwarz. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* 1911. H. 5.) In jedem Falle von Aorteninsuffizienz, wo die Vorgeschichte keine Polyarthritis rheumatica ergibt, der Kranke im vierten bis fünften Dezennium oder darunter steht, fahnde man mit aller Energie auf Syphilis. Verfasser schliefst sich den Aussprüchen Saathoffs, Albrechts, Citrons u. a. an, dafs die reine Aorteninsuffizienz jüngerer Individuen fast immer auf eine vorhandene Mesaortitis luetica zu schliefsen gestattet.
Haas-Hamburg.

Die rezente Aortitis luetica im Röntgenbild, von Liek - Danzig. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. 17, H. 1.) 26jähriger Student klagte sieben Monate nach der Infektion über Brustschmerzen, Oppressionsgefühl und Herzklopfen bei leichter Anstrengung: Die Röntgenuntersuchung ergab eine erhebliche gleichmäfsige Verbreiterung der Aorta ascendens. Der gleichmäfsige Schatten war von geringer Intensität gegenüber den intensiven Schatten, wie ältere arteriosklerotische Prozesse ihn zu geben pflegen. Verfasser schliefst hieraus auf einen frischen Prozefs; er glaubt, dafs derartige Aortenerkrankungen häufiger sind und mangels einer Röntgenuntersuchung nicht erkannt werden.

Eine zweite Röntgenaufnahme, $4^1/_2$ Monate danach — Patient hatte inzwischen eine strenge Liegekur und Salvarsanbehandlung durchgemacht — zeigt am Aortenschatten nicht mehr die gleichmäfsige Dilatation, sondern unregelmäfsige Konturen, insonderheit eine deutliche Ausbuchtung nach rechts (beginnendes Aneurysma?); ferner war der Aortenschatten intensiver geworden. *W. Lehmann-Stettin.*

Über ein luetisches Aneurysma der Brustaorta mit Perforation nach aufsen und innen, von Hans Bachhammer. (Inaug.-Dissert. München 1909.)
Fritz Loeb-München.

Tertiäre Knochensyphilis durch Salvarsan geheilt, von Debove, Chiray und Poulard. (*Bull. méd.* 1910. S. 1078) Ein Patient mit multiplen Knochengummen war durch ein Jahr mit verschiedenen Hg- und Aspräparaten erfolglos behandelt worden. Eine Salvarsaninjektion brachte in acht Tagen Heilung.
Richard Frühwald-Leipzig.

Über ausgedehnte tertiär-syphilitische Geschwüre, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Ohio State med. Journ.* Nov. 1910.) Ausgedehnte Ulcerationen in der Genitalgegend einer 20jährigen Negerin, die bis dahin von ihrer Erkrankung angeblich keinerlei Erscheinungen gehabt hatte. R. ist der Meinung, dafs Unterernährung und septische Infektion wesentlich zum Entstehen, zur Hartnäckigkeit und raschen Ausbreitung dieser Geschwüre beitragen, und das chirurgisches Eingreifen erforderlich ist, wo die antisyphilitische Behandlung allein nicht zum Ziele führt.
W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Lues hereditaria mit besonderer Berücksichtigung der Gelenkaffektionen, von Hermann Judenfeind-Hülse. (Inaug.-Dissert. Berlin 1909.
Fritz Loeb-München.

Über die Beziehungen der hämorrhagischen Diathese zur kongenitalen Syphilis, von Clemens Hörhammer. (Inaug.-Dissert. München 1909.)

Fritz Loeb-München.

Zwei Fälle von Syphilis hereditaria tarda, von Eb. Dittrich-New York. (*Post-Graduate.* April 1910.) Kasuistik: Zwei Kinder von zwölf Jahren, von denen aber das eine schon seit dem vierten Lebensjahre wegen einer Reihe Affektionen behandelt worden ist, die offenbar im Zusammenhang mit der Erkrankung standen.

W. Lehmann-Stettin.

Syphilis des Nervensystems. Klinischer Beitrag, von A. de Blasi. (*Morgagni.* 1911. Nr. 5.) Klinische Mitteilung eines Falles von cerebraler Lues mit Lähmung der rechten Körperseite und Krämpfen bei einer 30jährigen Patientin, deren Lues vor fünf Jahren mit einem starken syphilitischen Fieber begonnen hatte, und eines Falles von spinaler Lues (Myelitis acuta) bei einem 27 Monate alten Kinde.

Gunsett-Strafsburg.

Gutachten, betreffend die Bedeutung eines Unfalls für die Entwicklung eines syphilogenen Nervenleidens, von H. Oppenheim-Berlin. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 16.) Ein bis dahin normal erscheinender Mann, der im Jahre 1888 Syphilis erwarb, erlitt Mai 1905 einen Unfall (Verbrennung am Fufse). In der folgenden Zeit traten die Symptome der progressiven Paralyse auf, noch später stellte sich das Leiden als Taboparalyse heraus. Verfasser sagt in seinem Lehrbuch: „Zweifellos sind Traumen aber imstande, das Fortschreiten des Prozesses wesentlich zu beschleunigen und ihm eine bestimmte Richtung zu geben, so dafs der verletzte Körperteil von den tabischen Symptomen in höherem Mafse betroffen wird.“

Dafs dieses nur den Kopf treffende Traumen sein können, negiert Verfasser, es kommt jede Nervenschädigung bzw. -reizung hier in Betracht.

Der Schlufs des Gutachtens lautet daher so: „Durch die syphilitische Infektion ist bei dem Patienten der Keim zu einem Hirn-Rückenmarksleiden von dem Charakter der sogenannten Taboparalyse gelegt worden. Diese war bis zum 3. Mai 1905 so unvollkommen entwickelt, dafs sie sich weder den mit ihm verkehrenden Personen bemerkbar machte, noch seine Arbeitsfähigkeit herabsetzte. Die Verletzung hat dann das Leiden gewissermafsen aus seinem Schlummer geweckt und einerseits eine vorübergehende Tendenz zu geistiger Erkrankung unter dem Bilde der Paralyse hervorgerufen, andererseits die Rückenmarkserkrankung in dem Sinne ungünstig beeinflufst, dafs sie eine raschere Entwicklung nahm und neue Symptome zeitigte.

Ich halte es durchaus für möglich, dafs ohne den Unfall die syphilitische Erkrankung des Klägers stationär oder wenigstens für eine Reihe von Jahren stationär geblieben wäre und insbesondere das Sehvermögen durch das Fortschreiten dieser Krankheit nicht gelitten hätte.“ *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Syphilis des Gehirns und ihre gegenwärtige Behandlung, von Kowalewsky. (*Praktitschesky Wratsch.* 1911. Nr. 2—4.) Verfasser schliefst seine ausführliche klinisch-therapeutische Betrachtung über die Lues des Gehirns mit folgenden Sätzen:

1. Das Salvarsan ist ein Mittel, dessen Anwendung bei der Syphilis auf streng wissenschaftlichen Tatsachen beruht.

2. Es wirkt sehr rasch und stark auf die syphilitischen Mikroorganismen, auf das syphilitische Virus und die syphilitischen Prozesse.

3. Weder die Zeit, noch die klinischen Erfahrungen geben aber Grund anzunehmen, dafs das Salvarsan die Syphilis radikal heilt.

4. Zum Beweise dafür dienen die häufigen Rezidive und die Fälle, wo das Salvarsan auf die syphilitischen Erscheinungen nicht einwirkte.

5. Es gibt Fälle, wo das Salvarsan auch im Bereich der Nervenpathologie angewandt werden kann.

6. Es ist sehr nützlich und oft auch unvermeidlich, gleichzeitig mit dem Salvarsen Hg und Jod zu ordinieren.

7. Eine Menge von unangenehmen Nebenerscheinungen bei der Behandlung der Syphilis mit dem Salvarsan, Erscheinnngen die auch zuweilen mit dem Tode enden, zwingen mit der Anwendung des Salvarsans vorsichtig zu sein.

8. Das Salvarsan erscheint als das dritte Heilmittel für die Syphilis, welches das Quecksilber und Jod bei der Behandlung nicht ausschaltet, sondern nicht selten ihre Mitwirkung fordert. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über die Apoplexie im Sekundärstadium der Lues, von Wilhelm Bloch. (Inaug.-Dissert. München 1911.) Es ist charakteristisch für die syphilitische Apoplexie, dafs von ihr gerade Personen betroffen werden, die unter 40 Jahre alt sind. Eine nicht durch Syphilis bedingte Thrombose einer Hirnarterie bildet bei jungen Individuen eine grofse Seltenheit. Die luetische Apoplexie kann in jedem Lebensalter auftreten, doch der Zeitraum vom 30.—40. Lebensjahr stellt den höchsten Prozensatz und dies erklärt sich daraus, dafs die Infektion am häufigsten zwischen dem 20. bis 30. Jahr zu erfolgen pflegt. Es können der syphilitischen Apoplexie gewisse cerebrale Symptome vorausgehen. Diese Erscheinungen sind aber keineswegs konstant. Fast regelmäfsig — 75 % — ist der Kopfschmerz im Prodromalstadium vorhanden. Ferner finden sich Schwindel, manchmal mit Erbrechen verbunden, Benommenheit, leichte psychische Störungen und Herabsetzung der Intelligenz, Abnahme des Gedächtnisses oder Änderung des Benehmens. Passagere Attacken vor der zur endgültigen Vernichtung der Funktion führenden Apoplexie pflegen die syphilitischen Arteriitis vor allen anderen Formen von Hirngefäfserkrankungen auszuzeichnen. Erfolgt die Apoplexie selbst, so pflegt sie fast nie eine komplette Lähmung herbeizuführen. Fälle mit vollständiger Lähmung sind Ausnahmen. Typisch für alle Symptome der Hirnlues ist ja das Halbe und Unvollständige der Erscheinungen. Meist wird der Oculomotorius betroffen, dann der Facialis, der Hypoglossus, selten ist eine Vaguslähmung und eine Lähmung des Accessorius. Mit der Störung in der Beweglichkeit ist meistens eine solche der Sensibilität verbunden. Es können vorhanden sein: Sensibilitätsstörungen jeder Art und jeden Grades, von den leichtesten abnormen Empfindungen bis zu den wütendsten Schmerzen, von kaum merklicher Abschwächung der Empfindlichkeit bis zu vollständigen Anästhesien. Motorische Reizungszustände können als starkes Zittern in beiden Beinen oder unter dem Bilde von Krämpfen auftreten. Ferner kann es zu Aphasien und Sprachstörungen kommen.

Die Erfahrungen der neueren und besonders der jüngsten Zeit führen zu der Erkenntnis, dafs die syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems sehr häufig schon innerhalb des ersten Jahres oder selbst des Halbjahres post infectionem manifest werden und gelegentlich sogar schon vor dem Ausbruche der Roseola wenige Wochen nach Eruption des Primäraffektes hervortreten können. Wir müssen nach der Meinung des Verfassers mit Notwendigkeit annehmen, dafs in unseren Tagen das Nervensystem nicht nur häufiger, sondern auch in einer früheren Epoche syphilitisch infiziert wird. Insofern würden die widerspruchsvollen Angaben der älteren Autoren zu ihrem Rechte kommen. Das stehe heute fest, dafs die Hirnlues kein Vorrecht des Tertiärstadiums sei.

Fritz Loeb-München.

Über Salvarsantherapie bei Lues cerebri. Zusammenstellung und Besprechung bisher beobachteter Fälle, von A. Kahl. (Inaug.-Dissert. München 1911.) Verfasser gliedert seinen Stoff in folgende Kapitel: Fälle mit vorwiegender Beteiligung der Hirnhäute, Fälle mit vorwiegender Beteiligung der Hirngefäfse, Fälle von Hirn-

gummi, Fälle mit vorwiegender Beteiligung der Psyche, sonstige Fälle von Lues cerebri, einschlägige Fälle zur Frage der Neurotropie des Salvarsans, Todesfälle nach Salvarsaninjektion bei Lues cerebri. Er versucht, im Anschlufs an einige im Krankenhaus München-Schwabing mit Salvarsan behandelte Fälle von Lues cerebri, sämtliche bisher mit dem Mittel behandelten Fälle von Hirnsyphilis, soweit sie in der Literatur beschrieben sind, zusammenzustellen. Als vorläufiges Ergebnis seiner Untersuchungen über diesen Zweig der Salvarsantherapie weist er darauf hin, dafs es feststehe, dafs das Salvarsan in einer Reihe von Fällen einen glänzenden therapeutischen Erfolg herbeiführe. Er ist zu der Überzeugung gekommen, dafs mit dem Salvarsan vielfach raschere uud ausgiebigere Wirkungen zu erzielen sind, als mit dem Jod und Quecksilber, ja dafs selbst da mit Salvarsan Erfolge erzielt werden, wo Jod und Quecksilber versagt oder ungenügend gewirkt haben. Indes diese vollkommen günstig beeinflufsten Fälle bilden die Minderzahl. In der Mehrzahl der Fälle werden nur Besserungen, allerdings oft recht erheblicher Art, erzielt, und in einer Reihe von Fällen blieb das Mittel sogar ohne Wirkung. In einer nicht geringen Zahl von Fällen sah Verfasser statt der „Therapia magna sterilisans“ Rezidive auftreten, ja es scheint ihm sogar, als begünstige und beschleunige die Salvarsanbehandlung das Auftreten von Rezidiven speziell im Bereiche des Nervensystems. In einigen Fällen wurde sogar eine akute Verschlimmerung beobachtet, in drei Fällen traten danach epileptische Anfälle, zum Teil schwerster Art, auf und in drei Fällen führte der therapeutische Eingriff zum Tode des Patienten.

Im ganzen konnte Verfasser 190 Fälle zusammenstellen. Sein Literaturverzeichnis umfafst 73 Arbeiten. *Fritz Loeb-München.*

Erfahrungen mit Salvarsan, speziell bei Lues des Zentralnervensystems, von M. Neuhaus-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 18.) Auf der Plehnschen Abteilung am Urban wurden bis Mitte Januar d. J. mit Salvarsan behandelt: sieben Fälle von tertiärer Lues cerebrospinalis, fünf Tabiker, zwei Fälle von Paralyse und je ein Fall von Poliomyelitis subcuta (luetica?), von Hepar lobatum und von Lebercirrhose (luetisch?). — Die Injektionen wurden meistens intramuskulär in neutraler Suspension oder schwach alkalischer Lösung gegeben; nur dreimal wurde die intravenöse Methode in Anwendung gebracht. In der Regel erwies sich als ratsam, die Applikation in Zwischenräumen von etwa vier Wochen drei- bis viermal zu wiederholen. Wenn auch die bei den so behandelten Fällen erzielten Resultate sehr verschieden ausfielen, hält N. es doch für jedenfalls gerechtfertigt, weitere Versuche in dieser Richtung auszuführen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zum klinischen und therapeutischen Studium der syphilitischen Meningitiden, von M. Miriel. (Inaug.-Dissert. Paris 1910.) Die Kenntnis der syphilitischen Meningealaffektionen hat durch die Studien der letzten Jahre eine bedeutende Bereicherung erfahren, in dem heute an Stelle der früheren sklero-gummösen Meningitis folgende Formen unterschieden werden:

1. Unausgesprochene Meningitis, welche meist während der sekundären, seltener tertiären Periode auftritt und sich durch Symptomenarmut, Kopfschmerzen, Delirien, gesteigerte Reflexe auszeichnet.

2. Latente Meningitis, welche ebenfalls während des sekundären Stadium der Krankheit auftrat und sich oft nur durch eine Lymphocytose der rhachidianen Flüssigkeit kundgibt.

3. Die akute Meningitis charakterisiert durch Kopfschmerzen, Torpor oder Coma, Flintenhahnstellung, Nackensteifigkeit, Kernig, Lähmung von Augenmuskeln, Fehlen der Patellarreflexe und Fieber. Die cephalo-rhachidiane Flüssigkeit ist klar, lymphocytisch und mikrobienfrei.

4. Chronische Meningitis. Dieselbe ist charakterisiert durch Cephalalgien, JACKSONsche Epilepsie, monoplegische und hemiplegische Formen, falls die Lokalisierung an der Konvexität des Gehirns ist, und durch Paralyse verschiedener Hirnnerven, namentlich des gemeinsamen Oculomotorius, bei Lokalisierung an der Hirnbasis. In allen diesen Formen findet man eine bedeutende Lymphocytose der Rückmarksflüssigkeit, derart, dafs dieselbe einen trüben Anblick darbieten kann.

In keiner von diesen Formen ist die Anwesenheit von Spirochäten oder von anderen Mikroorganismen in der Spinalflüssigkeit festgestellt worden.

Die Prognose dieser syphilitischen Lokalisationen ist eine relativ gute, im Verhältnisse zu anderen Meningitisarten und wird als beste Behandlungsmethode die intravenöse Einspritzung von Cyanquecksilber angegeben. *E. Toff-Braila.*

Zur Diagnose der Lues cerebrospinalis, von PAUL SCHUSTER. (Dissert. Kiel 1910.) Die Hauptform der Hirnsyphilis ist die basale, gummöse Meningitis. Dieselbe geht meistens von dem Subarachnoidalgewebe in der Chiasmagegend, von dem Raum zwischen den Hirnschenkeln aus und erstreckt sich von da in diffuser, wenn auch regelloser Weise mehr oder weniger weit über die Hirnbasis. Die Neubildung hat zum Teil eine sulzig-gallertartige, zum Teil eine speckige Beschaffenheit, an einzelnen Stellen und oft selbst in gröfserer Ausdehnung bildet sie eine derbe, bindegewebige Schwarte, die mit den bassalen Hirnseiten fest verwachsen ist. Sie dringt in alle Furchen und Einsenkungen und verdeckt wie mit einem Schleier die Ursprünge der Hirnnerven. Nicht so häufig als an der Hirnbasis entwickelt sich derselbe Prozefs einer bald umschriebenen, bald flächenhaft ausgebreiteten gummösen Meningitis an der Konvexität des Gehirns und ruft hier Störungen der Hirnfunktion besonders dadurch hervor, dafs er sich mehr oder weniger tief in das Hirngewebe fortsetzt. Die basale gummöse Meningitis beginnt meist mit anhaltenden, zuweilen nachts sich steigernden Kopfschmerzen. Dazu gesellt sich bald Schwindel, Erbrechen, eine gewisse geistige Schwäche, welche indessen selten den bei eigentlichen Hirntumoren so häufigen höheren Grad des Stupors erreicht. Stärkere tobsuchtsartige Anfälle kommen zuweilen auch vor. Auffallend ist oft eine starke Polydipsie und Polyurie der Kranken. Zu den genannten Erscheinungen gesellen sich nun bald Symptome hinzu, die von dem Übergreifen des Prozesses auf die einzelnen basalen Gehirnnerven abhängen, und zwar werden fast stets vor allem der N. opticus und die Augenmuskelnerven (insbesondere der Oculomotorius) in Mitleidenschaft gezogen. Sehstörungen (Einengung des Gesichtsfeldes, unter Umständen hemianopische Störungen, einseitige und völlige Blindheit), Pupillenveränderungen, Störungen in der Beweglichkeit der Bulbi und der Augenlider treten nun in der verschiedensten Weise deutlich hervor. Dabei kann Neuritis optica und Stauungspapille vorhanden sein; im allgemeinen sind aber bei der Hirnsyphilis die ophthalmoskopischen Veränderungen entschieden seltener, als bei den eigentlichen Hirntumoren. Sehr charakteristisch ist auch der Umstand, dafs alle einzelnen Erscheinungen von seiten der Hirnnerven grofse Schwankungen zeigen können, was zweifellos mit Veränderungen des Druckes durch eintretende Schrumpfungen und dergleichen zusammenhängt. Von den anderen Hirnnerven werden am ehesten noch der Facialis, Acusticus, Olfactorius, Trigeminus ergriffen. Jedenfalls bedarf es stets einer allseitigen Untersuchung, um ein richtiges Urteil über die Ausdehnung des Prozesses zu bekommen.

Die gummöse Meningitis und Syphilombildung an der Hirnkonvexität und in der Gegend der Fossa Sylvii ist eine etwas seltenere Lokalisstion der syphilitischen Neubildung. Nach ähnlichen Vorboten, wie den oben erwähnten, treten, oft ganz plötzlich, heftige umschriebene oder allgemeine epileptiforme Konvulsionen ein, die in gröfseren Zwischenräumen oder auch zuweilen sehr rasch aufeinander folgen. Manch-

mal kann bei diesem Verlauf ziemlich rasch tödlicher Ausgang erfolgen. Die epileptischen Anfälle häufen sich, tiefere Bewufstseinsstörungen treten auf, und die Kranken sterben im tiefen Coma. Bei rechtzeitiger energischer Behandlung sind aber gerade in diesen Fällen sehr günstige Heilerfolge zu erzielen.

Eine dritte häufige und wichtige Form der Hirnsyphilis ist die mit vorzugsweiser Beteiligungen der Hirnarterien.

Wie am Gehirn, so treten auch am Rückenmark die oben geschilderten verschiedenen Formen der Lues auf. An den Meningen findet man die Lues in den meisten Fällen an der Rückfläche lokalisiert, und zwar wird mit Vorliebe die Hals- und Lendengegend ergriffen. Aufser der aus der Umgebung fortgeleiteten Erkrankung des Rückenmarks kann es bei der Syphilis auch zu primären, d. h. nicht durch Ischämie bedingten entzündlichen Erweichungen kommen und ein Teil der Sklerosen stellt vielleicht Ausgänge derselben dar. So kommt im Rückenmark eine syphilitische Poliomyelitis anterior vor. Entsprechend der mannigfaltigen Weise, in der die Lues am Rückenmark Veränderungen hervorrufen kann, ist auch kein einheitliches Krankheitsbild zu erwarten.

Zum Unterschied von Myelitis und Kompressionsmyelitis kommen differentialdiagnostisch bei Lues hauptsächlich in Betracht: der etappenweise Verlauf des Leidens, die Unvollständigkeit der Ausfallserscheinungen, das Oscillieren der Einzelsymptome, das interkurrierende Auftreten von Hirnerscheinungen und der Umstand, dafs die Symptome sich meist nicht von einem einzelnen Herde herleiten lassen.

Was die Prognose betrifft, so hat man bei frühem Eingreifen Aussicht, eine vollkommene Heilung zu erzielen. Jedenfalls ist die Prognose besser als bei anderen Rückenmarkskrankheiten. *Fritz Loeb-München.*

Über syphilitische Leptomeningitis basilaris, von Nikolaus Mayer. (Inaug.-Dissert. München 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Aphasie und Hemianopsie auf luetischer Basis, von Hans Bendixsohn. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Über organische Nervenkrankheiten nach Trauma bei vorangegangener luetischer Infektion, von Aloys Schoeps. (Inaug.-Dissert. Kiel 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen des Pons und der Medulla oblongata mit besonderer Berücksichtigung der luetischen Veränderungen, von Timotheus Skrodzki. (Inaug.-Dissert. München 1908.) *Fritz Loeb-München.*

Behandlung der Syphilis des Nervensystems mit Salvarsan, von Alvarez Sáinz de Aja. (*Rev. clin. de Madrid.* 1911. Nr. 7.) Ein Fall von Polyarteriitis cerebralis mit Hemiparese der rechten Seite, Paralyse der Musculi rectus internus und obliquus major des rechten Auges, Tremor der beiderseitigen Extremitäten, besonders rechts mit rechts erhöhten Reflexen und Sprachstörungen, und ein anderer Fall mit Schwindelanfällen und bilateraler syphilitischer Retinitis mit sehr blasser Papille und bis zu ein Fünftel verminderter Sehschärfe (Symptome einer gummösen Basilarmeningitis) wurden prompt mit 0,4 Salvarsan geheilt. Hervorgehoben zu werden verdient die Schnelligkeit, mit der der Opticus auf die Heilwirkung des Salversans reagierte. *Gunsett-Strafsburg.*

Behandlung der Tabes und Nervensyphilis mit Salvarsan, von Sicard und Marcel Bloch. (*Bull. méd.* 1911. S. 458.) Bei diesen Erkrankungen sollen nur kleine Dosen des Mittels (0,2 — 0,3) intravenös verabfolgt und in Pausen von zehn Tagen vier- bis fünfmal wiederholt werden. Dann wird man nie üble Zufälle, aber gute Resultate, besonders bei Nervensyphilis haben. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Vergleichende Studie je eines Falles von allgemeiner Paralyse und von Tabes dorsalis nach Salvarsanbehandlung, letzterer zwölf Tage nach der Injektion von tödlichem Ende gefolgt, von Abr. L. Wolbarst-New York. (*New York med. Journ.* 1. Juli 1911.) Während in dem Falle von allgemeiner Paralyse, einen 48jährigen Mann betreffend, die (intramuskuläre) Injektion von 0,5 Salvarsan geradezu wunderbar wirkte und auffallende Besserung aller Erscheinungen brachte, trat bei dem Falle von beginnender Tabes dorsalis eines 38jährigen Mannes, auf die in derselben Weise und Dosis gegebene Salvarsaninjektion Verschlechterung ein, die bis zu dem nach zwölf Tagen erfolgten tödlichen Ende stetig zunahm. In beiden Fällen war verschiedene Jahre hindurch Quecksilber, augenscheinlich ohne Erfolg, gegeben worden, in beiden Fällen waren ganz ähnliche (? Referent) pathologische Veränderungen im Gehirn und Rückenmark und in beiden Fällen eine leichte chronische interstitielle Nephritis vorhanden. W. glaubt, dafs der letztere Fall der erste in Amerika beschriebene ist, wo der Tod direkt dem Salvarsan zuzuschreiben ist und dafs es sich hierbei zweifellos um eine Idiosynkrasie des Patienten gegen das Mittel handelt. *Stern-München.*

Syphilis als ätiologischer Faktor bei der Hemiplegie und Diplegie im Säuglings- und Kindesalter, von C. R. Box-London. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1911.) Verfasser gibt auf Grund einer kritischen Besprechung der neuen Literatur über dieses Thema ein Resumé der diesbezüglichen Tatsachen. Nach einer kurzen Darlegung der Erscheinungen einer durch intra partum entstandenen traumatischen Gehirnblutung ohne syphilitische Beeinflussung geht er zum eigentlichen Gegenstand über, wobei er die besprochenen Fälle je nach ihrem Auftreten gruppenweise als antenatale und postnatale einteilt. Bei der ersten Gruppe sind als die wesentlichsten Symptome zu nennen: eine doppelseitige, spastische Lähmung, die oft mit Athetose verknüpft ist, Beeinträchtigung der Intelligenz, Neigung zu allgemeinen Krämpfen, Schwierigkeiten beim Schlucken, Strabismus usw., während man bei den postnatalen Fällen in der Regel eine plötzlich einsetzende Hemiplegie, die anfangs als schlaffe Lähmung sich dokumentierend, gewöhnlich später in die spastische Form übergeht, ferner Hemianästhesie, Ostereognosis, Reflexsteigerung, Sprachstörungen usw. sieht. Die vielen instruktiven Krankengeschichten mögen im Original nachgesehen werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die paraplegische Form der spinalen Syphilis, von Wilhelm Kuhnle. (Dissert. Berlin 1910.) Die Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und nichtsyphilitischen Rückenmarkserkrankungen bereitet in der Praxis oft sehr grofse Schwierigkeiten, namentlich wenn eine syphilitische Spinalaffektion ganz ohne Hirnsymptome in Frage kommt. Eine rein auf das Rückenmark beschränkte syphilitische Erkrankung ist allerdings selten. Meist liegt gleichzeitig eine solche des Gehirns vor. Vielfach überwiegt sogar letztere, so dafs cerebrale Symptome das Krankheitsbild beherrschen, was die Differentialdiagnose wesentlich erleichtert.

Die Meningitis ist weitaus die häufigste Form, unter der sich die Syphilis am Rückenmark manifestiert. Die Erkrankungsformen sind hier das Gumma und die gummöse Infiltration (Pachymeningitis syphilitica). Die Krankheitserscheinungen sind dieselben wie bei der Wirbelsyphilis, nämlich die der Markkompression, die schliefslich zu Para- und Tetraplegien führen kann. Häufig erkrankt mit den Meningen auch das Mark; es entsteht das Krankheitsbild der Myelomeningitis syphilitica, die klinisch zwar dieselben Erscheinungen machen kann wie die einfache Meningitis, hinsichtlich der Prognose sich jedoch ganz anders verhält, insofern als bei der einfachen Meningitis nach Verschwinden der Gummata oder gummösen Infiltrationen auf antisyphilitische Behandlung hin in sehr vielen Fällen eine Restitutio ad integrum möglich ist, während bei der Myelomeningitis meist im Mark selbst ein irreparabler Schaden an-

gerichtet ist. Fälle von syphilitischer Meningitis und Myelomeningitis, speziell auch mit paraplegischen Erscheinungen, sind sehr häufig.

Was die syphilitischen Erkrankungen des Marks selbst anbetrifft, so kommen hier in Betracht die sog. chronische Myelitis, dann die Erweichungen im Mark als Folge von Gefäfserkrankungen und endlich die — am seltensten vorkommenden — solitären oder multiplen Gummata. Endlich ist zu nennen die syphilitische Wurzelneuritis, eine Erkrankung der vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln, die wieder von den erkrankten Häuten aus in Mitleidenschaft gezogen werden.

Pathologisch-anatomisch betrachtet interessiert besonders die Meningitis als die häufigste Spinalerkrankung.

Störungen der Motilität finden sich bei der Meningitis gummosa weit häufiger in den unteren Extremitäten als in den oberen. Erstere sind meist in der Form der Paraparese vorhanden, weniger häufig in monoparetischer Form. Die Intensität des Schwächezustandes wechselt von den leichtesten Graden bis zur Paraplegie. Die Lähmungen entwickeln sich bei den meningo-gummösen Prozessen meist langsam. Manchmal treten sie aber auch auffallend plötzlich auf.

Die rein spinale Syphilis ist eigentlich selten. Es spielen darum die meist vorhandenen cerebralen Symptome für die Diagnose eine wichtige Rolle. Es handelt sich in der Hauptsache um: Hemiplegie, Aphasie, Hirnnervenlähmungen, Neuritis optica, Opticusatrophie, Pupillendifferenz, reflektorische Pupillenstarre und bulbäre Symptome. Die Höhe des Sitzes der Erkrankung läfst sich aus den Symptomen ziemlich leicht bestimmen.

Es liegt auf der Hand, dafs die syphilitische Erkrankung des Rückenmarks leicht mit anderen Formen von Myelitis verwechselt werden kann. Viel Schwierigkeiten bereitet oft die Differentialdiagnose der Lues spinalis. Gelegentlich kann die Differentialdiagnose zwischen Syringomyelie und syphilitischer Spinalerkrankung Schwierigkeiten bereiten. Bei einer Spinalerkrankung unter dem Bilde der Pachymeningitis cervicalis hypertrophica wird der nicht syphilitische Charakter der Erkrankung erst ex juvantibus zutage treten. Multiple Sklerose hat die gröfste Ähnlichkeit mit Rückenmarkslues.

In vielen Fällen wird es erst nach einer antisyphilitischen Probekur möglich sein, mit einiger Sicherheit eine Diagnose zu stellen. Doch mufs man sich selbst hierbei von der Überschätzung eines einmaligen Erfolges einer diagnostischen Kur mit Quecksilber und Jodkalium hüten bei der Neigung der multiplen Sklerose zu erheblichen spontanen Remissionen, namentlich in dem Frühstadium der Erkrankung. So soll auch der anamnestische Nachweis der Syphilis keineswegs genügen, um eine gut fundierte klinische Diagnose einer multiplen Sklerose umzustofsen. Man soll übrigens in schwierigen Fällen der Unterscheidung zwischen syphilitischer und nichtsyphilitischer Erkrankung nicht versäumen, die Lympho- und besonders die Serodiagnostik zu Hilfe zu nehmen.

Es gibt viele Fälle von Rückenmarkssyphilis, die innerhalb einiger Wochen oder Monate ablaufen und dann tödlich oder in vollständige Heilung ausgehen. Dieselben bilden jedoch die Minderzahl. Meist ist der Verlauf ein chronischer, remittierender; der Zustand braucht zu seiner Entwicklung einige Monate oder Jahre. Aber von Zeit zu Zeit kommt es zu spontanen Besserungen oder zum Stillstand, bis ohne äufseren Anlafs oder infolge schädigender Momente ein Rückfall eintritt. Die Prognose ist zunächst entschieden günstiger als die der anderen, nichtsyphilitischen Rückenmarkserkrankungen. Eine Restitutio ad integrum tritt freilich nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle ein. Sie steht namentlich solange zu erwarten, als es sich nur um meningeale oder Wurzelsymptome handelt. Die Beteiligung des Marks selbst

schliefst eine völlige Heilung nicht aus, wenn nur eine unvollständige, durch eindringende Gummizapfen bedingte Querschnittsläsion vorliegt. Ist es aber zur Atrophie in der weiteren Umgebung des Herdes gekommen oder hat sich eine sekundäre schwere Myelitis bzw. Erweichung ausgebildet, so ist eine vollständige Wiederherstellung natürlich nicht mehr zu erwarten. Eine Narbe wird jedenfalls zurückbleiben, mag auch alles andere resorbiert werden. Vom klinischen Standpunkte aus kann man sagen, dafs die Prognose um so günstiger ist, je weniger die Lähmungssymptome ausgeprägt sind. Es würde danach die Prognose bei der Paraplegie zu den weniger günstigen gehören. Doch ist auch hier Heilung nicht ausgeschlossen, nur dürfen die Erscheinungen nicht schon längere Zeit, etwa Monate lang vorher, bestanden haben.

In der Mehrzahl der Fälle ist nur eine mehr oder weniger weitreichende Besserung zu erzielen. Die meningealen und Wurzelsymptome schwinden unter dem Einflufs der Behandlung, aber es bleiben gewisse Zeichen der Markerkrankung, am häufigsten eine spastische Parese, eine Blasenschwäche, zurück. Rückfälle sind stets zu erwarten, und wenn sich das Leiden auch über 10 bis 15 Jahre und darüber hinaus erstrecken kann, so wird das Leben doch fast immer verkürzt. *Fritz Loeb-München.*

Untersuchungen über die Empfänglichkeit der Meerschweinchen für Syphilis, von Tonia Margolis. (Inaug.-Dissert. Berlin 1911.) Aus den mitgeteilten Versuchen ergibt sich, dafs es nicht gelingt, mit spirochätenreichem Material vom Menschen beim Meerschweinchen eine Keratitis zu erzeugen — eine Tatsache, die schon Bertarelli betont hat. Dagegen ist es möglich, mit virulentem Passagenvirus des Kaninchenauges beim Meerschweinchen eine Keratitis zu erzeugen, allerdings nur ausnahmsweise und nach verhältnismäfsig langer Inkubationsdauer. Auch Bertarelli konnte nur bei einem kleinen Teil der geimpften Meerschweinchen Syphilis erzeugen (von sieben Tieren erkrankten nur zwei). Dagegen war die Inkubationszeit in seinen Versuchen nicht eine so lange, was möglicherweise auf der Verschiedenheit des verwendeten Virus beruht. Ferner ergeben die vorliegenden Versuche, dafs sich die Meerschweinchenkeratitis auf Kaninchen, dagegen nicht auf Meerschweinchen übertragen läfst. Dafs übrigens nicht nur die Hornhaut, sondern auch die Haut des Meerschweinchens für Syphilis empfänglich ist, haben ganz neuerdings die Versuche von Truffi bewiesen, denn es gelang ihm mit einem Primäraffekt eines Kaninchenscrotums, bei einem Meerschweinchen einen Primäraffekt am Scrotum zu erzeugen. Auch Verfasserin hat versucht, Meerschweinchen subscrotal zu impfen. Als Impfmaterial hat sie eine Kaninchenkeratitis benutzt. Von den vier von ihr geimpften Meerschweinchen hat eines nach einer Inkubationszeit von 39 Tagen mit einem flachen erodierten Infiltrat reagiert. Im Sekret desselben waren sehr zahlreiche Spirochäten nachzuweisen.

Fritz Loeb-München.

Über die experimentelle Impfsyphilis der Kaninchen, von Uhlenhuth und Mulzer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 15.) Bei Hodenimpfung wurde bereits die 16. Passage erzielt. Das klinische Bild verläuft in drei Formen:

1. In Form eines Geschwürs auf der Scrotalhaut, das entweder flach, uncharakteristisch, aber spirochätenhaltig ist, oder dem menschlichen Primäraffekt entspricht.

2. In Form einer chronischen Hodenentzündung bei intakter Scrotalhaut, und zwar entweder als Orchitis diffusa oder interstitialis syphilitica oder als Orchitis circumscripta syphilitica. Im Punktionssaft finden sich massenhaft Spirochäten.

3. In Form einer schwieligen Verdickung der Hodenhüllen: Periorchitis diffusa bzw. circumscripta syphilitica. Durch Impfung mit Organbrei gelang es, primäre Kaninchensyphilis zu erzeugen und somit den Beweis für stattgehabte Allgemeininfektion von Kaninchen zu erbringen.

Durch intravenöse Injektion von Hodenemulsion gelang es positive Impfergebnisse zu erzielen. Der Nachweis wurde erbracht durch das Auftreten syphilitischer Orchitis drei Monate nach der intravenösen Infektion und durch Nachweis zahlreicher Spirochäten in den Organen nach Levaditi.

Durch intrakardiale Impfung ganz junger Kaninchen trat fast in allen Fällen schwere Allgemeinsyphilis ein: sechs bis acht Wochen nach der Injektion wird das Fell struppig und tritt Abmagerung ein. Bald danach erscheinen als erstes manifestes Symptom der Syphilis zwei kleine derbelastische Tumoren an der knorpeligen Nasenöffnung, in der Mitte zusammengewachsen. Im weifslichgelben Nasenausflufs sind vereinzelte Spirochaetae pallidae auffindbar. Am Schwanzende fühlt man eine kleine ovale, kolbige, derbelastische Auftreibung. Nasen- und Schwanztumoren werden gröfser, erstere behindern die Atmung, letzterer kann oberflächlich ulceriert sein.

Im Gesicht treten runde oder ovale derbe Tumoren von Linsen- bis Erbsengröfse auf, in der Mitte meist eine Borke tragend (Nasenrücken, Kinn, obere Augenbögen, Ohrwurzeln und Lidränder). Häufig kommt es zu kolbigen Auftreibungen der Endglieder verschiedener Zehen. Das Nagelbett ist gerötet und mit feinen, weifslichen Schüppchen bedeckt. Die Krallen werden dann abgestofsen. Papuloulceröses Syphilid am Anus wurde einmal, circumscripter Haarausfall öfters beobachtet.

Letzthin gelang mit dem höchst virulenten Material auch die Impfung ausgewachsener Kaninchen.

Dieser Nachweis der Allgemeininfektion bei Kaninchen bedeutet zweifellos einen Fortschritt in der experimentellen Syphilisforschung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Sekundärsyphilis niederer Affen und des Kaninchens, von C. Grouven-Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 17.) Verfasser wendet sich gegen die Auslassungen Hoffmanns in der *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 13 zu diesem Thema, welche Angriffe gegen seinen im Ärztlichen Verein in Halle gehaltenen Vortrag enthielten. Es wird dabei auf verschiedene Publikationen auch von anderen Autoren hingewiesen und im ganzen ein kleiner Überblick über den Stand der diesbezüglichen Forschungen gegeben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Die Biopsie, von Darier. (*Paris méd.* 1911.) Die Biopsie ist ein leichter ungefährlicher Eingriff, oft von grofsem Werte in Fällen, wo die Klinik versagt. Sie ist indiziert: 1. bei unsicherer oder zweifelhafter Diagnose; 2. in Fällen, wo eine genaue Diagnose für den Kranken wichtig ist; 3. um die Natur eines Leidens festzustellen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Eine Methode zur Fixation der Vene bei Einstich der Nadel zur intravenösen Injektion, von J. J. Watson-Columbia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 2.) Der Verfasser sticht durch die Haut und durch den oberen Teil der Vene senkrecht zur Vene eine Nähnadel und unterhalb dieser erst die Injektionsnadel ein. Dadurch verhindert er, dafs die Injektionsnadel die Vene durchsticht. *Schourp-Danzig.*

Technik der subcutanen Injektionen, von Frank Thomas Woodbury-Russel. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 22.) Die Hautstelle wird mit Jodtinktur gepinselt und die Nadel der Injektionsspritze zur Desinfektion in die Jodtinktur getaucht. *Schourp-Danzig.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. №. 9. 1. November 1911.

Sauerstofforte des tierischen Hautgewebes bei Anämie, venöser Hyperämie und Ödem.

Von

Dr. L. LEISTIKOW.

Mit einer Farbentafel.

Seit EHRLICHS Forschungen wissen wir, dafs das lebende Gewebe reduzierende Eigenschaften besitzt. Andererseits sind durch andere Forscher Oxydationsvorgänge besonders im Zellprotoplasma festgestellt worden. Aus diesen isolierte u. a. SALKOWSKI Oxydationsfermente. WINKLER gelang es zuerst, diese Enzyme an bestimmten Orten der Zellen nachzuweisen.

UNNA und GOLODETZ[1] fanden durch Reduktionsfärbungen, z. B. durch Behandlung von frischen Gewebsstücken mit Kaliumpermanganat, starkes Reduktionsvermögen des Zellprotoplasmas, der Muskelfasern, der Hornsubstanz und der markhaltigen Nervenfasern; weniger reduzierten nach diesen Autoren die Intercellularsubstanzen und endlich gar nicht die Zellkerne und das Fett der Fettzellen. Danach sind Kerne und Fett entweder nur mit Sauerstoff gesättigt, oder aber sie sind imstande, auch Sauerstoff zu übertragen und andere chemische Verbindungen zu oxydieren. UNNA und GOLODETZ griffen zur Entscheidung dieser Frage zu Sauerstoffreagentien. Sie fanden ein einwandfreies Sauerstoffreagens im Rongalitweifs. Dasselbe besteht aus Methylenblau 0,2 g, Rongalit 0,4 g, 25%iger Salzsäure 4 Tropfen, Wasser 10,0. Die Mischung mufs bis zur Entfärbung erwärmt werden. Die Gewebsstücke werden mit dem Gefriermikrotom geschnitten und dann in Wasser gebracht. Im Rongalitweifs verweilen die Schnitte drei Minuten, werden in fleifsig zu wechselndem Leitungswasser abgespült, um das überschüssige Rongalit zu entfernen. Sobald eine Bläuung der Schnitte eingetreten ist, kommen sie auf die Objektträger und werden in dicke Mucilago Gummi Arabicilösung oder in Norginlösung (in der Appreturfabrikation

[1] UNNA und GOLODETZ, Zur Chemie der Haut. Hautreagentien. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1910. Bd. 50, S. 451. — UNNA, WALDEYER-Festschrift 1911, Die Reduktions- und Sauerstofforte des tierischen Gewebes.

im Gebrauch) eingebettet. Die Schnitte sind nicht lange haltbar. Die Bläuung derselben ist keine gewöhnliche Methylenblaufärbung, sie zeigt durchaus nicht die Säure der Kerne an, sondern tritt hier nur deshalb ein, weil die Schnitte an dieser Stelle Sauerstofforte besitzen. Es entzieht nämlich, wie oben gesagt, das Auswaschen der Schnitte in Wasser das überschüssige Rongalit, so dafs jetzt die Sauerstofforte auf das von ihnen aufgenommene Methylenweifs wirken können, was vorher das im Übermafs vorhandene Rongalit verhinderte. UNNA wies auch experimentell nach, dafs die Bläuung der von Rongalit befreiten Schnitte unter Mitwirkung des Luftsauerstoffs vor sich geht, dafs also die Sauerstofforte molekularen Luftsauerstoff zu aktivieren vermögen. Er fand als Hauptsauerstofforte in der Haut die Kerne und die Mastzellen.

Ich stellte mir die Aufgabe, über die Oxydationsverhältnisse der Haut bei Sauerstoffmangel bei Anämie, venöser Hyperämie und Ödem Aufschlufs zu erhalten. Zu diesem Zwecke wurde eine Reihe von Versuchen an Kaninchen, Mäusen, Ratten und Katzen angestellt. Das Untersuchungsmaterial wurde stets in vivo exzidiert, rasch geschnitten und gefärbt. Zur Kontrolle wurden Präparate von normaler Haut des betreffenden Versuchstieres mituntersucht. Aufser der Färbung mit Rongalitweifs wurden die Schnitte zum Vergleich mit polychromem Methylenblau und mit PAPPENHEIM-UNNAscher Methode gefärbt. Besonders die letztere gab stets eine wertvolle belehrende Ergänzung zu den Rongalitweifsfärbungen. So oft ich dort eine schlechte oder gar fehlende Bläuung der Kerne neben einer guten Rötung des Protoplasmas fand, sah ich auch eine Entfärbung der Kerne neben einer starken Protoplasmafärbung in Rongalitweifsschnitten.

Das normale Kaninchenohr zeigte bei der Färbung mit polychromem Methylenblau und PAPPENHEIM-UNNA gute Kernfärbung und schwächere Protoplasmafärbung und schöne Mastzellenfärbung, mit Rongalitweifs sehr gute Kernfärbung, aber auch bläuliche Protoplasmafärbung, mit Ausnahme der Knorpelzellen, die farblos erschienen; es ergaben sich also die Sauerstofforte im Kaninchenohr als sehr labil, so dafs das letztere zum Studium der Oxydationsvorgänge nicht sehr geeignet ist.

Hingegen waren die Unterschiede deutlicher in Stückchen, die der Rückenhaut des Kaninchens entnommen waren.

Zum Studium der Sauerstofforte bei Sauerstoffmangel wurde das Kaninchenohr in vivo fünf Minuten mit Gummibinde eingeschnürt. An den exzidierten Hautstückchen sah man bei der Färbung mit polychromem Methylenblau, dafs das Deckepithel und der Knorpel unter der Stauung nicht gelitten hatten, wohl aber der Papillarkörper und die übrigen Teile der Cutis. Die Saftspalten klafften und die Kapillaren und Venen waren stark erweitert. Die Färbung nach PAPPENHEIM-UNNA zeigte deutliche Protoplasmafärbung, undeutliche Kernfärbung. An Rongalitweifs-

präparaten fiel die Entfärbung der Hornschicht und die gute Färbung der Knorpelzellen auf. Das Protoplasma war gut gebläut, die Kerne waren undeutlich blau.

An Kaninchenohrstückchen, die nach Infiltration mit physiologischer Kochsalzlösung exzidiert und geschnitten wurden, konnte ich an mit polychromem Methylenblau gefärbten Präparaten Gefäßserweiterung, Ödem der Cutis und reichliches Vorhandensein von Mastzellen bemerken. Die letzteren zeigten an PAPPENHEIM-UNNA-Präparaten deutliche Granula und Entfärbung ihrer Kerne. Dasselhe traf auch für die Bindegewebszellen und Endothelien der Gefäße zu. Ebenso sah man an Rongalitweißpräparaten deutliche Protoplasmabläuung und Entfärbung der Kerne.

Durch Injektion von Adrenalin (1 : 1000) und Kochsalzlösung im Verhältnis von 1 zu 4 erzielte ich an den exzidierten Kaninchenohrstückchen eine hochgradige Anämie und Kontraktion der Gefäße. Soweit die Infiltrationszone reichte, waren die Zellen an polychromen Methylenblaupräparaten sehr schwach gefärbt mit Ausnahme der Haarbalgepithelien. Sowohl an PAPPENHEIM-UNNA wie an Rongalitweißpräparaten waren die Kerne in der Infiltrationszone fast entfärbt, während die Leiber der Zellen gut gefärbt waren; doch überraschte die geringe Zahl der färbbaren Zellen; Mastzellen waren überhaupt nicht sichtbar.

Die gleichen Bilder erzielte ich nach Injektion von 5 %iger Tropokokain-Suprareninlösung.

Es wurde dann die Einwirkung des Pyrogallols, das bekanntlich stark reduziert, auf die Haut des Kaninchenohrs geprüft. Die Stückchen wurden nach der Infiltration mit 5 %iger Pyrogallollösung nach 2 Minuten, 15 Minuten, 1 Stunde, 3 und 18 Stunden exzidiert. Die Unterschiede zwischen kürzerer und längerer Pyrogallolwirkung waren verhältnismäßig gering. Doch bestand bei den Präparaten, bei denen das Pyrogallol 18 Stunden gewirkt hatte, mäßige Leukocytenemigration aus den erweiterten Gefäßen. Die Endothelien der letzteren zeigten deutliche Färbung ihres Protoplasmas und Entfärbung der Kerne an PAPPENHEIM-UNNA- und Rongalitweißpräparaten. An diesen konnte man im Bereich der Infiltrationszone spärliche Bindegewebszellen und Mastzellen gut erkennen, deren Leiber intensiv gefärbt waren, während die Kerne blaßblau oder farblos erschienen. Durchweg waren hier die Knorpelzellkerne gut gefärbt, das Protoplasma entfärbt. Überall bestand kollaterales Ödem. Auch das Deckepithel hatte gelitten; die Kerne desselben waren nur schwach blau. An den polychromen Methylenblaupräparaten war die Hornschicht grün gefärbt, hingegen überraschte die tief dunkelblaue Kernfärbung aller Epithel- und Bindegewebszellen.

Wir sehen an allen diesen Präparaten, daß in der künstlich anämi-

sierten, venös hyperämisierten und ödematösen Kaninchenhaut die eigentlichen Sauerstofforte, die Kerne der Gewebs- und der Mastzellen, meist schwach gefärbt bzw. entfärbt sind, während das Protoplasma überall mehr oder weniger stärkere Färbung erfahren hat, daſs also bei Sauerstoffmangel im Gewebe der Sauerstoffstrom von den Kernen zum Protoplasma geht, daſs das Protoplasma freien Sauerstoff den Kernen entnimmt.

Eigentümlich waren die Ergebnisse nach Injektion einer 0,2 %igen Ergotindialysat-Lösung. Es zeigten sich bei polychromen Methylenblaupräparaten die Gefäſse der Kaninchenhaut stark komprimiert und schlecht gefärbt. Im Bereich der Infiltrationszone waren nur noch Spindelzellen gefärbt ohne Kernfärbung. An PAPPENHEIM-UNNA-Präparaten zeigt sich die Infiltrationszone zellarm, Zellen und Kerne daselbst schlecht gefärbt. An Rongalitweiſsschnitten sah man in derselben Zone spärliche, blaugefärbte Kerne und fehlende Protoplasmafärbung, in der Umgebung dieser Zone hingegen das umgekehrte Bild. Es scheint gerade das Ergotin auſserordentlich störend auf die Oxydationsprozesse lokal zu wirken.

Normale Bilder der Schnauze der Ratte, Katze und Maus gaben noch deutlichere Unterschiede wie die Bilder der Kaninchenhaut. An Rongalitweiſsschnitten deutliche Kern- und fehlende Protoplasmafärbung, Mastzellen zwar nicht so deutlich wie an polychromen Methylenblau- und PAPPENHEIM-UNNA-Präparaten, doch überall in groſser Zahl gefärbt.

Infiltration der Katzenschnauze mit Adrenalin + Kochsalzlösung ergab an polychromen Methylenblaupräparaten Armut an gefärbten Zellen, hingegen waren die Zellen der Gefäſswandungen und die sie begleitenden Mastzellen gut gefärbt, ebenso die Haarbalgepithelien und die zugehörigen Talgdrüsen. Die PAPPENHEIM-UNNA-Präparate weisen in der Infiltrationszone groſse Armut an gut gefärbten Zellen auf, Kerne schwach gefärbt, selbst der tiefsten Haarbalgepithelien, während ihr Protoplasma schön rot war. Talgdrüsenkerne im Gegensatz zum Protoplasma schwach gefärbt. Mastzellen fast unsichtbar. Ebenso in den Rongalitweiſspräparaten, Kerne kaum, Protoplasma gut gefärbt.

Dieselben Bilder lieferte die Infiltration der Kaninchenschnauze, der Schnauze der Ratte und der Maus mit Adrenalin-Kochsalzlösung und wenn die Injektion mit Pyrogallollösung kurze Zeit, bis zu drei Stunden, eingewirkt hatte. Nach längerer Pyrogalloleinwirkung ergaben sich an PAPPENHEIM-UNNA- und Rongalitweiſsschnitten keine deutlichen Bilder, während die polychrome Methylenblaufärbung noch immer schöne Bilder und braunschwarze Färbung der Muskeln durch das Pyrogallol lieferte.

Noch zwei Versuche verdienen besonders hervorgehoben zv werden. Einmal wurde ein Stück der Kaninchenrückenhaut der BIERschen Stauung ausgesetzt, nach Entstehung einer Quaddel wurde schnell exzidiert.

Hier zeigte sich an polychromen Methylenblaupräparaten gute Kern- und schlechte Protoplasmafärbung, während an Pappenheim-Unna-Schnitten die umgekehrten Verhältnisse walteten. An Rongalitweifsschnitten fehlte die Kernfärbung, Mastzellengranula waren nur undeutlich zu erkennen, während das Protoplasma gut gefärbt war.

Endlich wurde einer *Maus* 2 ccm *Rongalitweifs* in die *Cutis* und *Subcutis* der *Bauchgegend injiziert*, eine Stunde danach exzidiert, schnell geschnitten und untersucht. Es erwies sich die Hornschicht ungefärbt, Epithel schwach blau und die Kerne sehr deutlich blau. Die Kerne der Bindegewebszellen der Cutis und Subcutis viel deutlicher wie das Protoplasma, ebenso die Gefäfszellkerne. Besonders deutlich waren die Kerne des die Fettzellen der Subcutis umhüllenden Bindegewebes.

Viele Präparate der *Schnauze* des *Kaninchens*, der *Maus* und der *Ratte* wurden zum Studium der *Nerven* über *Osmiumdämpfe* gehalten. Liefs ich der Osmiumbehandlung eine Färbung mit Rongalitweifs vorausgehen, so ergab sich für die *normale Haut* gute Kernfärbung, deutliche Osmiumschwärzung der Muskeln, Fettzellen und Nerven. Die so behandelten Rongalitweifsschnitte erwiesen sich ausnahmsweise als gut haltbar, so dafs jetzt nach sechs Monaten die betreffenden Bilder immer noch gut zu erkennen sind. Durch Osmium leiden Rongalitweifspräparate hinsichtlich der Kernfärbung nicht.

Endlich konnte ich an der *Schnauze* der *Ratte* und der *Maus* mit *Rongalitweifsbehandlung* in der Cutis unregelmäfsig verstreute, *blasenförmige Gebilde* nachweisen, die in ihrer Mitte etwa fünf bis acht stark gebläute Kügelchen erkennen liefsen. Sie fehlten an polychromen Methylenblau- und Pappenheim-Unna-Präparaten vollkommen und erwiesen sich nach Osmiumbehandlung als eigentümlich veränderte Fettzellen.

Fasse ich nun die Ergebnisse meiner Untersuchungen zusammen, so ergibt sich für die Haut von geeigneten Versuchstieren die Richtigkeit der Unnaschen Lehre, dafs Kerne und Mastzellen die eigentlichen Sauerstofforte darstellen. Bei venöser Hyperämie, Anämie und Ödem, also bei Behinderung oder Abschneidung des Sauerstoffs, fand ich, dafs die Kerne und die Mastzellenkörner ihren Sauerstoff an das Protoplasma abgeben, dafs also die Kerne und Mastzellenkörner aktiven Sauerstoff produzieren und auch zu übertragen vermögen.

Eine genaue Kontrolle der Rongalitweifsschnitte, die diesen Vorgang beweisen, liefert die Färbung mit der empfindlichen Pappenheim-Unna-Methode, die diese Tatsachen ergänzt. Ich fand ein auffallendes Parallelgehen dieser Methylgrün-Pyroninfärbung mit der Rongalitweifsfärbung in bezug auf die relative Stärke der Kern- und Protoplasmafärbung, die sich wohl einfach durch die kürzlich von Unna gefundene Tatsache erklärt, dafs auch Methylgrün die Sauerstofforte des Gewebes anzeigt.

Mit Osmiumdampf nach der Rongalitweifsfärbung behandelte Schnitte geben schöne Methylenblaupräparate, die unter der Osmiumschwärzung wenig oder gar nicht leiden, während die sonst üblichen Färbemethoden mit Osmiumsäure undeutliche, meist schlechte Bilder liefern. An diesen momentan herzustellenden Bildern sind die markhaltigen Nerven schön gefärbt.

Die auffallende Tatsache des Sichtbarwerdens eigentümlicher, sauerstoffhaltiger Kügelchen in den Fettzellen der Cutis an Ratten- und Mäuseschnauzen durch Rongalitweifs, die bei anderen Färbungen fehlt, möchte vielleicht die Zoologen veranlassen, eine Nachprüfung derselben vorzunehmen um eventuell eine zutreffende Erklärung dafür zu finden.

Erklärung der Tafelabbildungen.

Figur 1. Normale Schnauze der Maus mit Rongalitweifs behandelt. Gute Kernfärbung, schlechte Protoplasmafärbung. Mastzellengranula deutlich. Die gröfseren, dunkelgefärbten Gebilde sind quergestreifte Muskulatur.

Figur 2. Rückenhaut des Kaninchens. Biersche Stauung. Mit Rongalitweifs behandelt, Kernfärbung aufgehoben, nur undeutlich an den Haarbalgepithelien. Protoplasma, soweit erhalten, deutlich gefärbt. Ödem der Saftspalten.

Zur Behandlung der Sykosis staphylogenes s. vulgaris.

Von

Dr. Karl Junkermann,
Spezialarzt für Hautleiden.

Die Sykosis wird allgemein immer noch als eine recht schwierig zu behandelnde Hauterkrankung aufgefafst, und über die beste Behandlungsweise sind die Meinungen der Autoren bisher recht verschieden. Die meisten Dermatologen verlangen als Vorbedingung für eine günstige Beeinflussung des Prozesses die Entfernung aller erkrankten Haare. Das ist wohl der wesentlichste Grund, warum in neuerer Zeit die Röntgenbehandlung gepriesen und empfohlen wird, die ja eine gründliche Epilation in schonendster Weise ermöglicht. Wenn man die Berichte über die Röntgenkongresse liest, gewinnt man den Eindruck, als ob die Röntgenologen über ihre Erfolge bei der Sykosis besonders stolz wären. Demgegenüber sehe ich mich veranlafst, die Aufmerksamkeit der Dermatologen auf eine andere Therapie zu lenken, die nach meinen Erfahrungen schneller und sicherer zur Heilung der Sykosis führt wie alle bisher angewandten, einschliefslich der Röntgenbestrahlung. Schon im vorigen Jahre hat mein

damaliger Abteilungskollege Dr. Kretzmer im Einverständnis mit mir über die von mir an der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Dortmund eingeführte Jodtherapie der Sykosis berichtet, leider in einem wohl kaum allgemein als wissenschaftliche Fachzeitung anerkannten Blatte, so dafs wohl deswegen die Nachprüfungen unterblieben sind. Herr Dr. Fabry, mein früherer Chef, pflegte schon lange wie viele andere Dermatologen die trichophytäre Sykosis stets mit Jodtinktur erfolgreich zu behandeln. In seiner Vertretung versuchte ich dieselbe Therapie bei einigen zweifelhaften Fällen in der Sprechstunde, wo zu einer exakten mikroskopischen Untersuchung die Zeit fehlte. Sehr bald kam ich so zu der Erkenntnis, dafs das Jod ein ganz vorzügliches Heilmittel für die Sykosis vulgaris ist. (Übrigens schien mir die Jodtherapie schon bei dem ersten Gedanken daran einleuchtend, einerseits wegen des besonders von Unna stark betonten Erfordernisses, die Mikroorganismen in den Haarbälgen zu vernichten, andererseits wegen der überaus starken Desinfektionskraft des Jods neben seinen anderen vorzüglichen Eigenschaften.) Aus dieser ersten Zeit meiner Versuche erinnere ich mich besonders eines Patienten, der schon seit fünf Jahren an einer aufserordentlich starken Sykosis litt, auch schon recht viel und vielseitig behandelt worden war, sogar von Dermatologen mit klingenden Namen. Dieser infolge seines hartnäckigen Leidens fast schwermütige Patient war freudig überrascht, als nach acht Tagen sein Gesicht bereits glatt war, und er war geradezu glücklich, als er nach ungefähr vier Wochen vollständig geheilt das Krankenhaus verlassen konnte. Seitdem wurden auf der Abteilung des Herrn Dr. Fabry alle Sykosisfälle mit Jod behandelt und, wie ich höre, bis auf den heutigen Tag fast durchweg mit schnellem Erfolge. Jedenfalls denkt man dort gar nicht mehr daran, trotz moderner, vorzüglicher Einrichtung, für diese Erkrankung die Röntgenstrahlen zu Hilfe zu nehmen. Ein anderer Spezialkollege in Westfalen teilte mir mit, dafs er ebenfalls jede Sykosis nach meinem Vorschlage mit Jod behandle und mit dem Resultat äufserst zufrieden sei. Ich selbst habe gerade in letzter Zeit wieder recht viele Fälle behandeln können und habe nicht einen einzigen Mifserfolg zu verzeichnen. Natürlich hat man in der ambulanten Praxis Rücksicht auf die mangelhafte Intelligenz mancher Patienten zu nehmen, und es erscheint darum aufserordentlich wichtig, denselben ganz genaue Instruktionen zu geben und vor allem eine genügende Kontrolle auszuüben, d. h. die Patienten oft, vielleicht alle drei bis vier Tage, zu sehen. Ich pflege, falls die Patienten ihre berufliche Tätigkeit nicht unterbrechen wollen, so zu verfahren: Die Haare werden glatt rasiert, und zwar mindestens jeden dritten Tag (die mühsame und quälende Epilation vermeide ich ganz und gar). Ist wegen starker Borken und Krusten das Rasieren unmöglich, so verwende ich nach Kürzung der Haare zunächst eine

schwache Jodjodkalisalbe (Jodi puri 0,2, Kal. jodat. 1,0, Aq. dest. 4,0, Lanolin anhydr. 10,0, Vaselin amer. ad 50,0), bis die Borken und Krusten entfernt sind. Dann verfahre ich wie gewöhnlich, daſs ich jede einzelne Pustel mit reiner Jodtinktur bepinseln und im übrigen das Gesicht pudern lasse (5%iges Salicylpuder). Stehen die Pusteln so dichtgedrängt, daſs kaum noch normale Haut zwischen ihnen ist, so lasse ich die erkrankte Partie in toto pinseln, zunächst mit verdünnter Jodtinktur (Tinct. Jodi, Spirit. āā), dann mit stärkerer (Tinct. Jodi 10,0, Spirit. 5,0), wobei die meisten Pusteln verschwinden und nur die gröſsten und hartnäckigsten für die Behandlung mit reiner Jodtinktur übrig bleiben. Zuweilen wird die Haut bei der Pinselung in toto zu trocken und spröde, dann verordne ich auſserdem für die Nacht einen Verband mit schwacher Schwefelsalicylsalbe. Zur Reinigung des Gesichts lasse ich heiſses Boraxwasser gebrauchen. Auf diese Weise komme ich immer sehr schnell zum Ziele, und zwar ohne Berufsstörung. Noch schneller allerdings kann man die Heilung erreichen, wenn die Behandlung im Krankenhaus oder wenigstens mit Unterbrechung der Berufsarbeit durchgeführt werden kann. In diesem Falle lasse ich nachts einen Verband mit starker Jodjodkalisalbe (Jodi puri 0,5—1,0, Kal. jodat. 2,5—5,0, Aq. dest. 4,0, Lanolin. anhydr. 10,0, Vaselin, amer. ad 50,0) und tagsüber Umschläge mit kaltem Kamillentee machen. Nach einigen wenigen Salbenverbänden ist dann die Heilung soweit fortgeschritten, daſs nur noch einzelne hartnäckige Pusteln der Pinselung mit Jodtinktur bedürfen. Länger als drei bis vier Wochen braucht die Behandlung auch der schwersten Folliculitis nie in Anspruch zu nehmen, falls man die nötige Kontrolle über die Patienten hat.

Natürlich habe ich im Gesagten nur die Grundzüge meiner Behandlungsmethode möglichst schematisch gezeichnet, brauche aber wohl kaum zu betonen, daſs auch die Sykosis, wie alle Hautkrankheiten, individuell behandelt sein will, d. h. daſs Variationen in der Behandlung manchmal zweckmäſig oder sogar notwendig werden können. Es ist z. B. nicht gleichgültig, ob die Sykosis primär oder sekundär ist. In letzterem Falle können ja die Erscheinungen der primären Erkrankung (seborrhoisches Ekzem!) so stark überwiegen, daſs es ratsamer erscheint, zunächst auf sie das gröſsere Augenmerk zu richten. Auch das Stadium der Erkrankung sowie die allgemeine Empfindlichkeit der Haut spielen eine Rolle. Ich empfehle deshalb meine Methode nur den Dermatologen von Fach, weil nur sie in der Lage sein dürften, das Stadium des Prozesses sowie den jeweiligen Zustand der Haut richtig einzuschätzen. Somit bleibt auch dem dermatologischen Instinkt des einzelnen ein genügend groſser Spielraum. Ich bin der festen Überzeugung, daſs jeder Dermatologe, der die Jodtherapie der Sykosis versucht, die Methode bald zu seiner eigenen machen wird.

Ganz kurz will ich noch erwähnen, dafs ich die desinfizierende und resorbierende bzw. schälende Eigenschaft des Jods noch in manchen anderen Fällen von Hauterkrankungen schätzen gelernt habe, z. B. bei Akne vulgaris et rosacea, Furunkulose, auch bei impetiginösen Ekzemen, hier allerdings in so starker Verdünnung, dafs ich nicht ausschliefsen will, dafs schon der Alkohol allein, der ja auch von UNNA und von BOCKHARDT bei vielen Ekzemen empfohlen wird, den günstigen Verlauf verursachen könnte. Auch zur Entfernung derberer Psoriasisplaques dürfte die Jodtinktur zweckmäfsig verwandt werden können. Doch besitze ich hierüber keine Erfahrung.

Aus der dermatologischen Klinik zu Krakau (Prof. REISS).

Über die intravenösen Infusionen von Salvarsan.

Von

Dr. F. KRZYSZTALOWICZ, a. ö. Prof. der Dermatologie. und Dr. H. L. WEBER, Assistent der Klinik.

Bei der Beurteilung der so viel in der Luestherapie besprochenen Salvarsananwendung verdienen jetzt, nach den zahlreichen Erfahrungen mit diesem Präparat, viele Momente berücksichtigt zu werden, die bei dieser Behandlungsmethode zutage treten. Indem die ersten Publikationen hauptsächlich die Wirkung des Arsenbenzols auf verschiedene Syphiliserscheinungen besprochen haben, — ist es jetzt an der Zeit, da jeder, der dieses Präparat angewendet hat, eigene Erfahrungen gesammelt hat, die Einzelheiten der Methodik, derzeitige Resultate der Behandlung nach verschiedenen Richtungen und die eventuelle Dauerwirkung, die Nebenwirkungen, Reaktionen und verschiedene andere wichtige Momente einer gründlichen Prüfung zu unterziehen.

Es liegt nicht in unserer Absicht, alle diese Momente zu besprechen, — es ist jedoch unsere nächste Aufgabe, die bis jetzt gebrauchten Methoden zu prüfen, ihre Vorzüge und Nachteile zu besprechen, um ein Urteil zu gewinnen, welche von den Einverleibungsmethoden für die Behandlungszwecke am besten geeignet ist. Anfänglich kamen meistens subcutane und intramuskuläre Injektionen zur Anwendung und zwar in ähnlicher Weise, wie das bei den löslichen und unlöslichen Quecksilberpräparaten in Gebrauch war. Von subcutanen Injektionen ist man sehr rasch gänzlich abgekommen; die meisten Ärzte haben diese Anwendungsart aus bekannten Gründen verpönt und nur die intramuskulären Injektionen angewendet. In der letzten Periode wird aber immer mehr von

verschiedenen Autoren die intravenöse Infusion meistens erwähnt und gelobt. Seit der ersten Publikation von IVERSEN, der als erster die intravenöse Einverleibungsmethode eingeführt hatte, haben die Autoren diese Anwendungsart im kleineren oder gröfseren Umfange, am öftesten aber als eine Hilfsmethode bei den intramuskulären Injektionen, in die Praxis einzuführen versucht.

Jeder, der sich dieser letzteren Injektionsart bedient hat, ist zu der Überzeugung gekommen, dafs die intramuskuläre Applikationsmethode mehr oder weniger ausgedehnte Nekrosen hervorzurufen pflegt, die, obwohl aseptisch und nicht zum Ausbruch führend, den Organismus viele Wochen, ja auch Monate belästigen. Die bisherigen Observationen und experimentellen Untersuchungen mit den Salvarsaneinspritzungen (ORTH, FISCHER, TORDAY, HERXHEIMER und REINKE, SCHOLTZ und SALZBERGER, MARTIUS, TRYB, BOISSEAU und CARRUS, TSCHERNOGUBOW) beweisen ganz genügend, dafs die Gewebsläsionen an der Stelle der intramuskulären Injektionen auch in diesen Fällen ganz bedeutend zu werden pflegen, in welchen es zum Durchbruch nach aufsen nicht gekommen ist. In den nekrotischen Gewebsteilen ist noch nach Monaten reichlich Arsen nachweisbar, so dafs es bei der raschen Zersetzlichkeit des Mittels höchst fraglich erscheint, ob auf diesem Wege überhaupt eine Depotwirkung erziehlt werden kann; es scheint nicht ausgeschlossen, dafs sogar eine Resorption toxisch wirkender Arsenderivate aus dem Depot erfolgen kann[1]. Da durch den Nachweis einer bindegewebigen Einkapselung der injizierten Masse die Idee EHRLICHS, durch intramuskuläre Injektion ein Depot zu schaffen, das dem Organismus längere Zeit nützen soll, eine Einschränkung erfährt, ist z. B. MOHR der Meinung, dafs vielleicht die Zersetzungen des Mittels in den Muskeldepots den Grund für Schädigungen der Nieren abgeben können. MEIROWSKY meint, dafs die sog. Neurorezidive teils als echte Rezidive, teils als traumatische Produktionen der Lues angesehen werden können, die dadurch hervorgerufen sind, dafs das im Depotinhalt vorhandene, toxisch gewordene Salvarsan die Nerven reizt und dadurch eine Ansiedelung der Spirochäten zur Folge hat.

Einen grofsen Vorteil der intravenösen Injektionen mufs man also darin erblicken, dafs sie kein künstliches Depot in Muskeln oder Subcutis setzen und somit Schmerzen, Infiltrate und Nekrosen vermeiden lassen. Sterilisierung kann auch nur bei einer intravenösen Applikation errungen werden und aus diesem Grunde ist auch der Unterschied zwischen Depotbehandlung und intravenöser Injektion ein prinzipieller und ein wichtiger.

---

[1] REISS u. KRZYSZTALOWICZ: Zur therapeutischen Bedeutung des Arsenobenzols. *Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 7. Siehe: Ein eingehend beschriebener Fall von Intoxikation.

Wenn wir ferner im Auge behalten, dafs die intravenöse Einverleibung eine ganz genaue Dosierung des Mittels erlaubt, während sie bei den anderen Methoden eine ganz ungleiche ist, mufs auch vom wissenschaftlichen Standpunkte die intravenöse Methode als die exakteste bezeichnet werden. Die Scheu vor der Einverleibung eines einigermafsen differenten Mittels direkt in die Blutbahn ist jetzt überwunden worden, weshalb auch die intravenöse Applikation in den letzten Monaten immer mehr und mehr Anwendung gefunden. Diese Anwendungsart ist, wenn auch technisch nicht ohne Schwierigkeiten, nach einiger Übung leicht zu erlernen, und, abgesehen von den vorübergehenden Nebenerscheinungen, als gefahrlos zu betrachten. Endlich soll noch berücksichtigt werden, dafs nach den Untersuchungen einiger Autoren (Bornstein, Heuser u. a.) das Arsen bei intravenöser Einspritzung nicht wie früher angenommen, in etwa vier Tagen wieder ausgeschieden, sondern, dafs die Ausscheidung mehrere Wochen in Anspruch nimmt. Es könnte also auch bei dieser Art der Injektion gewissermafsen von einer Art Depotbehandlung gesprochen werden. Es entzieht sich natürlich bis jetzt unserer Kenntnis, in welchen Organen diese Deponierung geschieht.

* * *

Indem wir jetzt unsere Beobachtungen zusammenfassen, wollen wir die Methodik, die wir bei den intravenösen Injektionen benutzt haben und die Reaktionen und Nebenerscheinungen, welche nach den Infusionen zum Vorschein kamen, im kurzen darstellen. Die Beschreibung der therapeutischen Erfolge, die ganz zufriedenstellend, ja manchmal eminent waren; lassen wir ganz beiseite, da die Beobachtungsfrist bei unseren Kranken zu kurz war, um über wirkliche Dauererfolge hier näher berichten zu können.

Der Apparat, dessen wir uns bei den intravenösen Einspritzungen bedient haben, ist sehr einfach. Ein 300 ccm fassendes Gefäfs aus Jenaglas, welches mit hermetisch schliefsendem Gummipfropfen geschlossen ist, wurde mit Injektionsflüssigkeit angefüllt. Der Pfropf ist mit zwei Glasröhren versehen, deren eines geradwinklig gebogen bis auf den Boden des Gefäfses reicht, das andere 1 cm unterhalb des Pfropfes endet. Das längere Glasröhrchen ist mit einem Gummischlauch versehen von 1 m Länge, welcher, von einem kurzen Glasröhrchen unterbrochen, am Ende eine eingeschobene gläserne Spritzenkanüle besitzt. Das zweite kürzere Glasröhrchen ist mit einem Gummidruckballon verbunden. Auf diese Weise wurde der ganze, von der Infusion in seinen Einzelheiten sterilisierte Apparat zusammengestellt. Der Gummiballon drückt die Luft so lange hinein, bis die ganze Röhre und der Gummischlauch mit Flüssigkeit gefüllt wird, indem man gleichzeitig darauf achtet, dafs keine Luftblasen

in die Röhre gelangen. Nachdem die Flüssigkeit herauszufliefsen anfängt, prefst man den Schlauch mit einer Arterienklemme.

Wir haben immer bei der Injektion eine der Venen der Ellenbogenbeuge gewählt. Der Kranke nahm entweder eine sitzende Position beim Tische gegenüber dem Operateur oder eine liegende am Operationstische ein. Seine Hand lag in diesem Falle am Tische, an welchem der Apparat stand. Nach dem Sterilisieren der Haut des Kranken mit Benzin und Jodtinktur sticht der Operateur eine Nadel von mittlerem Kaliber in die durch das Einlegen von Esmarchscher Binde angeschwollene Vene und nachdem aus der Nadel Blut zu fliefsen begonnen, löst man die elastische Binde und steckt das Ende der an dem Gummischlauch befestigten Spritze in den Nadelaufsatz hinein. Vor dem Anlegen dor Spritze soll natürlich die Klemme losgelöst werden.

Die Lösung des Salvarsans wurde auf diese Weise vorbereitet, dafs die für die Injektion bestimmte Dosis in einem sterilisierten Mörser mit 10—20 Tropfen Äthylalkohol verrieben und in einigen Kubiken physiologischer Kochsalzlösung gelöst wurde, wonach zur Alkalisierung mehrere Tropfen einer 15%igen Natronlauge (je nach der Vorschrift, die jeder Dosis zugegeben ist) genügten. Durch den Zusatz von Natronlauge entstanden immer Flocken, die sich bald lösten und es bildete sich schliefslich eine klare Flüssigkeit, die man in das zur Injektion vorbereitete Gefäfs hineingofs. Indem man weiter den Mörser mit physiologischer Kochsalzlösung durchspült hat, hat man dadurch die ganze Menge der Flüssigkeit bis 150—200 cm gewonnen.

Die Dauer des Eingriffes hing natürlich vom Kaliber der Nadel ab und schwankte gewöhnlich von 5—15 Minuten, nur ausnahmsweise länger, wenn die Nadel sehr eng war. Nach der Beendigung der Infusion legte man auf die Ellenbeuge einen gewöhnlichen sterilisierten Verband an.

Der beschriebene Apparat zeichnet sich durch seine Einfachheit und Bequemlichkeit bei dem Gebrauch aus. Eines der wichtigen Momente bei der intravenösen Infusion ist eine gute Kompression, um eine genügende venöse Stauung mit genügender Erweiterung des Lumens bewirken zu können. Nicht weniger wichtig ist die richtige Venenpunktion, damit die hintere Wand der Vene nicht durchstochen werde. Eine gute Beschaffenheit der Nadel bildet in dieser Hinsicht das wichtigste Moment, weshalb für den Anfänger empfehlenswert ist, für die Infusion immer eine neue, nicht gebrauchte Nadel zu verwenden, oder wenn sie nicht ganz scharf ist, zuerst die Haut neben der Vene durchzustechen und erst in zweitem Tempo in das Lumen der Vene hineinzudringen. Das aus dem Konus der Nadel herausfliefsende Blut gilt als Beweis, dafs die Nadel im Venenlumen steckt. und dies ist der Augenblick, in welchem man mit dem Eingiefsen der Flüssigkeit anfangen soll.

Nach gelungener Infusion gibt es keine lokale Reaktion und nur im Falle mehrerer Einstiche oder dann, wenn die Flüssigkeit aufserhalb der Vene ausgetreten ist, spürt der Kranke beträchtliche Schmerzen oder können auch Unterhautinfiltrate entstehen. Die gröfseren Blutaustritte, die nach dem Durchstechen der hinteren Wand der Vene zum Vorschein kommen, gelangen leicht und in kurzer Zeit zur Resorption. Wenn auch bei den ersten Infusionen bei dem Mangel an Übung derartige Unannehmlichkeiten hie und da passierren, haben wir bei den folgenden nie örtliche Komplikationen beobachtet. Die einzige Komplikation, die in seltenen Fällen beschrieben wurde, eine lokale Thromboses, haben wir nur einmal oberhalb der Injektionsstelle bei einem dickleibigen Individuum notiert, eine Erscheinung, die ohne irgendwelche Folgen nach einigen Tagen verschwand.

Unser Material bezieht sich auf 54 Kranke, denen 90 intravenöse Injektionen in den letzten Monaten, meistens in der dermatologischen Klinik, teilweise aber auch im Privat-Sanatorium appliziert wurden.

In 20 Fällen von der gesamten Krankenzahl wurde nur eine einzige Injektion einverleibt; es waren vor allem solche Kranke, die einige Wochen oder Monate vorher wegen frischen Syphiliseffloreszenzen eine (2) oder zwei (5) intramuskuläre Injektionen von Salvarsan bekommen haben und bei denen vor der intravenösen Infusion keine floride Erscheinungen vorlagen. Eine einmalige intravenöse Injektion betraf weiter ganz frische Fälle von sekundärer Syphilis (3) sowie auch akuter Rezidivfälle (2). In zwei letzteren Fällen waren einige Zeit vor der intravenösen Infusion Quecksilberkuren durchgeführt. Bei latenter Lues (etwa zwei Jahre nach der Infektion) wurde eine einmalige Infusion bei zwei Fällen gemacht, ein dritter Fall betraf eine Lues latens von über zehnjähriger Dauer. Der tertiären Periode gehörten drei Fälle, aufserdem versuchten wir eine einmalige Einspritzung in einem Falle von Tabes dorsalis und einem Falle von Urticaria chronica. Dieser letztere Fall war der einzige von allen 54, der nicht zu den Syphilisfällen gehörte.

In der Mehrzahl aber (und zwar in 32 Fällen) hat man zwei rasch nacheinander folgende intravenöse Injektionen vollführt. In 13 von diesen hatte man mit ganz frischen Syphiliserscheinungen an der Haut und den Schleimhäuten zu tun, in den meisten waren auch mehr oder weniger entwickelte Initialsklerosen sichtbar. Bei den sieben Fällen beobachtete man Rezidive meistens auf den Schleimhäuten, es waren also Fälle, die schon mit Quecksilber und Jod behandelt wurden. Zwei Fälle gehörten zu der latenten Lues ohne sichtbare Erscheinungen. Im gummösen Stadium hat man bei vier Kranken je zwei intravenöse Injektionen voll-

führt, ebenso in zwei Fällen von Tabes dorsalis, bei einem Taboparalytiker, bei Lues cerebri und in zwei Fällen von Meningitis luetica[2].

Drei Injektionen hat man nur bei zwei Kranken appliziert, und zwar: in einem Falle mit einer ausgebreiteten Sklerose und einem universellen Exanthem und in dem zweiten mit einer Sklerose ohne Allgemeinerscheinungen.

Die Pause zwischen der ersten und der zweiten Injektion betrug gewöhnlich etwa eine Woche, seltener war dieselbe kürzer (am wenigsten vier Tage) und nur äufserst selten länger (zwei Wochen). Zwischen der zweiten und der dritten Infusion hat man einmal zwei und das andere Mal drei Wochen Pause gemacht.

Die für eine Einspritzung angewendete Dose schwankte zwischen 0,15—0,45 g Salvarsan, am häufigsten betrug sie 0,40 g oder etwas mehr (62 Infusionen), seltener 0,30—0,35 g (18), nur in zehn Fällen war die Dosis noch niedriger bemessen.

In den Fällen, in denen eine Reaktion nach der Infusion zutage trat, konnte ein ziemlich bestimmter Typus der Erscheinungen festgestellt werden, welche als Beweis einer allgemeinen Reaktion des Organismus infolge der Einspritzung des Salvarsans dienen konnten.

Die Prozedur der Infusion haben die Kranken ganz gut vertragen; das Einstechen der Nadel verursachte fast keine Schmerzen und das Eindringen der Flüssigkeit in die Vene machte auch keine Beschwerden; meistens hatten die Kranken von der Vollführung des ganzen Eingriffes gar keine Ahnung. Der während des Eingiefsens der Flüssigkeit entstehende Schmerz an der Injektionsstelle beweist, dafs die Flüssigkeit aufserhalb der Vene ins Gewebe eintritt, was die Unterbrechung der Infusion nach sich ziehen mufs. Die nervöse Emotion kann bei nervösen anämischen Patienten bis zur leichten Ohnmacht führen, die aber rasch vergeht. Es kommt dagegen bei allen Kranken eine leichte Benommenheit zur Beobachtung, die in einen Kopfschmerz übergehen kann, meistens aber nur einige Stunden dauerte und übrigens ganz gut vertragen wurde. Diese leichte Benommenheit oder ein leichtes Druckgefühl in der Schläfegegend bildete ein einziges typisches Symptom, da es in allen Fällen nach der intravenösen Injektion, auch da, wo sonst gar keine Nebenerscheinungen vorhanden waren, notiert wurde.

In den Fällen einer deutlichen Reaktion begannen die Patienten eine bis zwei Stunden nach der Injektion zu frösteln, manche froren nur leicht, andere bekamen einen richtigen Schüttelfrost; gleichzeitig stieg die Temperatur gewöhnlich sehr rasch und erreichte in der nächsten Stunde 38° C, 39° C, manchmal auch mehr. Das Frösteln dauerte gewöhnlich 15,

---

[2] Alle Nervenfälle wurden von den Neurologen gründlich untersucht.

meistens 30 Minuten, und konnte man schon nach dieser Zeit die Erhöhung der Temperatur um 1°—2° C konstatieren. Das Fieber war auch nicht von langer Dauer, gewöhnlich drei bis vier Stunden; in der fünften oder sechsten Stunde wurde schon eine deutliche Remission bemerkbar und nach acht bis zehn Stunden war die Temperatur in der Regel schon normal. Die kurze Dauer der Temperatur war die Ursache, dafs die Patienten sehr oft mehrere Stunden (20 bis 24) nach der Einspritzung die Klinik oder das Sanatorium verlassen haben.

Von den anderen Nebenerscheinungen aufser Fieber und Frösteln wurden in einigen Fällen Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle und Kopfschmerzen beobachtet. Alle diese Symptome dauerten gewöhnlich sehr kurz; Erbrechen kam kurz nach der Einspritzung (eine bis zwei Stunden) ein- bis dreimal in kurzen Abständen vor. Etwas öfter fanden bei den Patienten ein bis drei reichliche, flüssige, aber meistens schmerzlose Stühle statt; die Beschwerden erscheinen aber gewöhnlich etwas später (acht bis zehn Stunden) nach der Infusion und dauern auch nicht lange an. Ausnahmsweise hat man dabei auch leichte Bauchschmerzen beobachtet. In einigen Fällen (bis 10% aller Kranken) wurde Herpes labialis, meistens bei Hochfiebernden, beobachtet. Es soll aber mit Nachdruck betont werden, dafs alle diese Erscheinungen in höchstens 12 bis 24 Stunden abzulaufen pflegen und dafs die Injizierten schon am nächsten Tage sich vollkommen wohl fühlten.

Auf diese Weise verhält sich der allgemeine Typus der Reaktion, deren Grad und Intensität aber in keinem Falle vorausgesagt werden konnte. Niemals war man in der Lage, irgendwelche drohende Erscheinungen zu beobachten, welche dem Mittel als solchem zugeschrieben werden könnten und welche einen schädlichen Einflufs auf den Organismus auszuüben vermochten.

Wie schon früher erwähnt wurde, stieg die Temperatur verschieden hoch an; ausnahmsweise erreichte sie die Höhe bis über 39° C, bis zu dieser Höhe aber (39° C und höher) war sie nur 13 mal auf alle 90 Infusionen herangekommen. Wie man aus der Tabelle I ersieht, hat man dieses hohe Fieber fast in der Hälfte der Fälle (sechsmal) bei ganz frischer sekundärer Syphilis beobachtet. Von diesen letzteren Fällen erreichte die Temperatur in einem Falle nach der ersten Infusion 39,3° C, nach der zweiten (sieben Tage nachher) 38,6° C, in drei anderen nach der zweiten Einspritzung nur etwas über 37° C. In einem Falle von drei Injektionen stieg die Temperatur nach den zwei letzten nur bis 37,5° C, indem sie bei der ersten 39,7° C erreichte.

In einem Falle von Rezidiv, das mit Larynxtuberkulose kompliziert

Tabelle I.

	Krankheitsform	Kranke	Injektionen	Eine Injektionen	Zwei Injektionen	Drei Injektionen	Zahl der Reaktionsfälle	Temperatur über 39°	Temperatur 38° bis 38,9°	Temperatur 37° bis 37,9°	Fieberlose Fälle	Zahl der Injektionen mit Reaktion	Fieberlose Injektionen %
1.	Syphilis secundaria recens	18	35	3	13	2	18	6	10	17	2	33	6
2.	Syphilis secundaria recidiva	11	18	4	7	—	10	1	8	6	3	15	17
3.	Syphilis latens	9	11	7	2	—	7	—	4	5	2	9	18
4.	Syphilis tarda	7	11	3	4	—	7	2	5	1	3	8	27
5.	Lues cerebri	1	2	—	1	—	1	1	1	—	—	2	—
6.	Meningitis luetica	2	4	—	2	—	2	1	—	3	—	4	—
7.	Tabes dorsalis	4	6	2	2	—	3	1	—	3	2	4	33
8.	Taboparalysis	1	2	—	1	—	1	1	—	—	1	1	50
9.	Urticaria chronica	1	1	1	—	—	1	—	—	1	—	1	—
	Zusammen	54	90	20	32	2	50	13	28	36	13	77	144

war, erreichte das Fieber nach der ersten Einspritzung nur 37,8° C, nach der zweiten dagegen (zehn Tage nachher) 39,8° C.

Im gummösen Stadium haben wir zweimal solche Erhöhung notiert; in einem Falle von zwei Infusionen wurde nur nach der ersten 39,7° C, nach der zweiten ganz normale Temperatur observiert, obwohl die Dose immer die gleiche geblieben ist.

Bei Lues cerebri hat die zweite Injektion (0,30) eine Temperatur von 39,6° C hervorgerufen indem nach der ersten (0,40) nur 38,5° C notiert wurden. Die Pause betrug sechs Tage. Im Falle von Meningitis luetica war das Fieber nach der ersten Infusion (0,45) viel höher (39,2°) als nach der zweiten (37,7°), die sieben Tage nach der ersten verabreicht wurde.

Bei den Tabetischen stieg die Temperatur auch bis 39° C auf; bei einem von diesen Kranken, der an gastrischen Krisen litt, dauerte sie auch den nächsten Tag und zwar in der Höhe von 38° C, in Begleitung von heftigen Muskelschmerzen in allen Gliedern. Bei dem zweiten Patienten mit Taboparalysis hatte die Dose von 0,15 g keine Temperatur zur Folge, während die nach einem Monate gemachte zweite Infusion von 0,25 g eine Temperatur von 39° C mit Muskelschmerzen und Erbrechen bewirkte.

Das Frösteln hat man nur in der Hälfte (6) aller Fälle beobachtet, es war aber bei dieser Temperaturerhöhung immer sehr heftig. Erbrechen wurde nur überhaupt im ganzen viermal notiert; Durchfall gehörte in diesen Fällen zu den täglichen Symptomen und zwar immer erst dann, wenn das Fieber bereits abgeklungen war.

Die zweite Gruppe bildete Fälle, bei welchen die Temperaturerhöhung 39° C nicht erreichte, das Fieber jedoch zwischen 38—38,9° C schwankte. Diese Temperatur kam bei 24 Patienten zur Beobachtung. Da bei neun von diesen Fällen eine, bei 14 zwei und bei einem drei Infusionen gemacht wurden, wurde also bei diesen Kranken 40 mal injiziert. Von den 14 Patienten ist bei vier nach beiden Injektionen die Temperatur über 38° C gestiegen; bei sechs von diesen war dies nur nach der zweiten der Fall. Nur in einem einzigen Falle war die Temperatursteigerung nach der ersten Injektion bedeutend; im großen und ganzen stieg sie nicht bis 38° auf. In einem Falle von drei Injektionen war das Fieber nach den zwei letzteren viel niedriger (37,4° C). Auf 40 Einspritzungen erreichte also die Temperatur in 28 Fällen über 38° C, in zwei Fällen war sie höher, in elf niedriger.

In den Fällen von rezenter Syphilis haben wir zehnmal auf 35 Infusionen die obenerwähnten Temperatursteigerungen beobachtet, bei den Rezidiven achtmal auf 18, bei Lues latens viermal auf elf Einspritzungen und fünfmal bei Lues tertiaria und zwar auf elf Injektionen. Der Fall von Lues cerebri war schon in der ersten Gruppe erwähnt.

Das Frostgefühl wurde in sieben Fällen dieser Temperaturerhöhung

beobachtet, Erbrechen achtmal, Durchfälle viermal. In Fällen von Temperatur über 38° haben die Kranken oft über Kopfschmerzen, seltener über Muskelschmerzen in den Gliedern geklagt.

Die unbedeutende Temperaturerhöhung oberhalb 37° C bis 37,9° C hat man bei 29 Kranken nach 36 Injektionen notiert. Die Gesamtzahl der Infusionen bei diesen Patienten betrug 53; bei den übrigen 17 Einspritzungen war die Temperatur 14 mal höher (über 38° C); dreimal waren die Kranken nach der Infusion ganz fieberlos. Aus den 29 erwähnten Patienten war das Fieber bei einigen (6) fast dasselbe nach beiden Injektionen, bei anderen (10) war es nach der ersten höher als nach der zweiten und nur in drei Fällen wurde ein höheres Fieber nach der zweiten Injektion als nach der ersten verzeichnet.

Zwanzig Patienten erhielten je zwei Injektionen, in sieben Fällen injizierte man nur einmal und in zwei Fällen dreimal. Bei diesen letzteren ist das Fieber nur nach der ersten Einspritzung über 38° C gestiegen, nach den zwei nächsten jedoch nur etwas über 37° C. Die Temperaturdifferenz zwischen den zwei Injektionen pflegte ganz bedeutend zu sein, denn sie betrug zuweilen 2 Grad und zwar auch in diesen Fällen, in welchen das Fieber nach der zweiten Injektion höher war.

Dieses unbedeutende Fieber von 37—37,9° C kam in verschiedenen Krankheitsstadien vor: bei rezenter Syphilis in 13 Fällen (17 mal), bei den Rezidiven in 6 (6 mal), bei latenter in 4 (5 mal), bei tertiärer einmal, bei Meningitis luetica in 2 (3 mal), bei Tabes in 2 (3 mal). Ein Kranker gehörte nicht zur Syphilisgruppe.

Von den Nebenerscheinungen hat man bei dieser Temperatur nur einen leichten Kopfschmerz, einige Male leichtes Frösteln notiert, das letztere nur dann, wenn das Fieber in kurzer Zeit über 37,5° C emporstieg.

Es waren aber auch Fälle vorhanden, bei welchen die Infusion fast reaktionslos geblieben ist. Vor allem war die Temperatur fast normal, da sie kaum 37° C, ohne Nebenerscheinungen, aufser leichten Kopfschmerz, erreichte. Diese Reaktionslosigkeit erschien bei elf Patienten nach 13 Injektionen. Bei zwei von diesen wurde nur eine einzige Infusion gemacht; von neun Kranken, die zweimal injiziert wurden, verliefen in zwei Fällen beide Infusionen fieberlos, in drei Fällen waren die Temperaturdifferenzen ganz unbedeutend, in drei anderen dagegen hat die zweite Infusion grofse Erhöhung (39° C) hervorgerufen; bei einem folgte der ersten mit hohem Fieber einhergegangenen (39,7° C) Injektion eine zweite vollkommen reaktionslose Injektion nach.

Hinsichtlich der Krankheitsstadien wurde im rezenten Stadium kein Fieber nach zwei Infusionen, bei der Rezidive nach drei, in latenter Periode nach zwei, bei tertiärer Lues dreimal sowie auch dreimal bei Tabes dorsalis beobachtet.

Die vorstehende Zusammenstellung der Reaktionen bei 54 Patienten nach intravenösen Salvarsaninfusionen belehrt uns, dafs bei annähernd gleichartiger Konstitution und der gleichen Dosis die einen mit gar keinen oder nur ganz geringen Allgemeinerscheinungen reagieren, während bei den anderen hohes Fieber und die gesamten oder nur ein Teil der geschilderten Symptome zum Vorschein kommen. Es wäre also wünschenswert zu ergründen, welche Momente in dem Mechanismus der Reaktion in Betracht kommen, welche auf den Grad derselben einen Einflufs auszuüben vermögen. Zweifelsohne bildet die Temperaturerhöhung die hervorragendste Erscheinung, welche in sehr verschiedener Intensität hervortritt — andere Nebenerscheinungen (Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost, Herpes labialis) gelangen zwar zur Beobachtung, aber nur selten und unregelmäfsig.

Wenn man das Verhältnis der Reaktion zu den Syphilisstadien der behandelten Kranken berücksichtigt, ersieht man (Tab. I), dafs in dieser Hinsicht keine bedeutenden Differenzen zum Vorschein kommen. Die rezenten Syphilisfälle (18), bei welchen man mit deutlichen ersten Krankheitseruptionen zu tun hatte (dieselben wurden mit 35 Infusionen behandelt), haben in der Mehrzahl der Fälle (33) reagiert, da nur zwei Injektionen reaktionslos blieben. Es soll noch zugegeben werden, dafs bei der Hälfte der Reaktionsfälle (16) die Temperatur über 38° C stieg. Bei den Rezidiven, hauptsächlich auf den Schleimhäuten (11), hat man auch in der Hälfte aller Injektionen (18) ein höheres Fieber, d. h. über 38° C notiert, sechsmal war die Temperatur etwas niedriger und nur drei Infusionen waren von keinem Fieber gefolgt. In diesen beiden Gruppen aber ist nur ein Kranker mit Rezidiv nach beiden Infusionen fieberlos geblieben, bei drei anderen aber blieb nur eine einzige Infusion reaktionslos. In sieben Fällen von gummöser Syphilis, die mit elf Injektionen behandelt wurden, kam nur nach drei kein Fieber zur Beobachtung; es gibt aber unter diesen Luesfällen keinen einzigen, der nach beiden Infusionen nicht gefiebert hätte. Nur in einem Falle von länger dauernden Luesgeschwüren hat die Temperatur nach der ersten Einspritzung keine höheren Grade (37,2° C) erreicht, die zweite wurde von keinem Fieber gefolgt. Es soll auch erwähnt werden, dafs die Temperaturerhöhungen im gummösen Stadium ebenso wie bei florider Lues secundaria ziemlich hoch waren, da man nach sieben Infusionen über 38° C notierte. Ebenso bei Lues cerebri und in Fällen von Meningitis waren alle Einspritzungen vom Fieber gefolgt, nach keiner einzigen blieb der Kranke reaktionslos.

Von den vier Fällen von Tabes dorsalis blieb nur ein einziger Kranker fieberlos nach beiden Injektionen, bei den anderen haben wir meistens Temperaturerhöhung zu verzeichnen gehabt. Beim Taboparalytiker trat nach der zweiten Infusion von 0,25 g Salvarsan eine hohe Temperatur auf, obwohl die erste kleinere Dosis (0,15) kein Fieber zur Folge hatte.

Etwas anders stellt sich dieses Verhältnis in den Fällen von Lues latens dar, wo auf sieben Fälle zwei ganz fieberlos geblieben sind und auf neun Einspritzungen, die mit Fieber verbunden waren, die Temperaturerhöhung fünfmal ganz unbedeutend und viermal über 38° C gestiegen ist.

Aus dieser Zusammenstellung des Verhältnisses des Syphilisstadiums zu der Reaktionsintensität könnte man den Schlufs ziehen, dafs in den Fällen, in welchen Erscheinungen der sekundären oder tertiären Syphilis oder aber auch der Nervensyphilis zutage treten, eine stärkere Fieberreaktion hervorzutreten pflegt. Dagegen scheint die Intensität der Reaktion in den latenten Fällen, auch der Frühperiode, wie auch in den länger dauernden Affektionen des Nervensystems (Tabes) schwächer zu sein und auch seltener hervorzutreten.

Wenn dem so wäre, könnte man vermuten, dafs die zweite kurz nach der Resorption aller Effloreszenzen gemachte Infusion niedriger oder fast keine Temperaturerhöhung zur Folge haben sollte als die erste. Wir sehen jedoch, dafs sich hier keineswegs eine Norm aufstellen läfst und dafs das Fieber nach der nachfolgenden Injektion meistenteils nicht dieselbe Höhe erreicht wie nach der ersten. Manchmal hat man wohl auch höheres Fieber beobachtet, dies aber meistens in Fällen, wo die zweite Einspritzung kurze Zeit nach der ersten (4—6 Tage) verabreicht wurde. Es wurde bereits erwähnt, dafs die höheren Temperaturen (über 39° C) zehnmal nach der ersten Einspritzung und nur dreimal nach der zweiten zutage traten — was die erwähnte Vermutung wenigstens teilweise begründet.

Der Einflufs der Dose auf die Reaktion sowie ihre Intensität läfst sich in gewissem Grade aus folgenden Ziffern ersehen:

Tabelle II.

Dose	39° C und mehr	38 bis 38,9° C	37 bis 37,9° C	Fieberlos	Zusammen
0,15	—	—	—	2	2
0,20	1	—	2	1	4
0,25	2	—	1	1	4
0,30	3	1	4	2	10
0,35	2	—	5	1	8
0,40	4	25	22	6	57
0,45	1	2	2	—	5
	13	28	36	13	90

Die Ziffern sind, besonders was die kleinen Dosen anbelangt zu klein, als dafs man aus ihnen etwaige Schlüsse ziehen könnte; doch ist es ersichtlich, dafs bei der Dosis von 0,40 g die Hälfte der injizierten Fälle eine höhere Temperatur aufweist und nur 10% fieberlos geblieben sind,

indem der Prozent aller Fieberlosen 15 beträgt. Nach der Dosis von 0,45 g haben alle Kranken ausnahmslos gefiebert. Es ist auch bemerkenswert, dafs nach den Dosen von 0,20—0,30 g verhältnismäfsig oft (6 mal auf 18 Fälle) die Temperaturerhöhung über 39° C gestiegen ist, was nach der Dose von 0,40 g nur selten der Fall gewesen ist (4 : 57).

Wenn man das Verhältnis der Dosis 0,40 g, die in der Mehrzahl der Fälle angewendet wurde, zu den kleineren Dosen, die in verschiedenen Syphilisstadien, vor allem aber in rezenter, rezidivierender und tardiver Lues (in den also mit klinisch sichtbaren Manifestationen einhergehenden Syphilisstadien) ins Auge fast (Tab. III), so ersieht man die früher erwähnte Erscheinung, dafs nämlich diese Krankheitsfälle der floriden Syphilis, ja, auch der tertiären Formen, die gröfsten Prozente der fieberhaften

Tabelle III.

	Stadium	0,15	0,20	0,25	0,30	0,35	0,40	0,45	Zusammen
1.	Syphilis recens . . .	—	1	—	5	2	23	4	35
2.	Syphilis recidiva . .	—	—	—	1	2	15	—	18
3.	Syphilis latens. . . .	—	—	1	1	1	8	—	11
4.	Syphilis tarda	—	—	1	1	—	9	—	11
5.	Lues cerebri.	—	—	—	1	—	1	—	2
6.	Meningitis luetica.	—	—	—	—	2	1	1	4
7.	Tabes dorsalis	1	2	1	1	1	—	—	6
8.	Taboparalysis	1	—	1	—	—	—	—	2
9.	Urticaria.	—	1	—	—	—	—	—	1
		2	4	4	10	8	57	5	90

Reaktion über 38° C aufgewiesen haben. In den latenten Fällen war trotz der grofsen Dosen von 0,40 g das Fieber kleiner und auch seltener erschienen. Die kleinsten Dosen von 0,15 g, die nur bei Tabetikern eingespritzt wurden, haben durchaus keine Temperaturerhöhung wachgerufen, — dagegen hat eine nicht viel gröfsere Dosis (0,20 g) in einem von diesen Fällen, welcher hauptsächlich an gastrischen Krisen litt, eine bedeutende Reaktion (über 39° C) zur Folge gehabt. Nach einer verhältnismäfsig geringen Dosis von 0,25 g erschien zweimal eine bedeutende Temperaturerhöhung; einmal bei einem Taboparalytiker, das andere Mal bei gummösen Nasengeschwüren.

Nach der Dosis von 0,30 g wurde das hohe Fieber verhältnismäfsig oft (dreimal auf zehn Einspritzungen) notiert und zwar nach den erstmaligen Infusionen bei rezenter Syphilis und einmal im Falle von Lues cerebri, nämlich nach der zweiten Einspritzung, die sieben Tage nach der ersten (0,40) gemacht wurde. Die Dosis von 0,35 g verursachte zweimal eine starke Temperaturerhöhung (über 39° C) und zwar nach zwei Ein-

spritzungen, die einige Tage nach den Dosen von 0,40 g gemacht wurden. Man dürfte daher aus dem Vergleiche der drei Tabellen ersehen, dafs die Gröfse der Dosis allein keinen dominierenden Einflufs in dieser Hinsicht auszuüben vermag, — wohl kann sie aber in Verbindung mit anderen Momenten, hauptsächlich in bezug auf das Krankheitsstadium und die Modalität der Erscheinungen, die Intensität der Reaktion in gewissem Grade beeinflussen.

Daneben haben wir auch auf technische Einzelheiten der Infusionen unsere Aufmerksamkeit gelenkt, die auf die Art und Intensität der Reaktion ihren Einflufs ausüben könnten und zwar: ob der Grad der Alkaleszenz der Flüssigkeit die Qualität und Quantität der Reaktion nicht zu beeinflussen vermag. Da wir anfangs die Lösung mit schwächerer und erst später mit einer 15%igen Natronlaugelösung alkalisiert haben, so könnte man wohl in Versuchung geraten, zwischen der Reaktionsintensität und dem Grade der Alkaleszenz einen kausalen Nexus zu erblicken, was sich aber doch als vollkommen irrtümlich erwiesen hat.

Wir haben endlich Salvarsanlösungen von verschiedener Temperatur benutzt. Einmal wurden bis Körpertemperatur (37° C bis 38° C) erhitzte Lösungen infundiert, das andere Mal solche, die bis auf 10° C erkältet wurden oder aber auch nur die Zimmertemperatur aufgewiesen haben. Die Differenz in der Temperatur der gebrauchten Salvarsanlösungen hat auch gar keinen Einflufs auf die Varietät der Reaktion auszuüben vermocht, — es kamen auch dann höhere Fieberreaktionen ebenso nach warmen wie auch kalten Lösungen zur Beobachtung.

Obwohl alle bisher geschilderten Beobachtungen uns zu gar keinen positiven Ergebnissen, was die Intensität der Reaktion nach den intravenösen Infusionen von Salvarsan anbelangt, geführt haben, — so erlauben dieselben doch einige Momente besonders klarzustellen. Vor allem verdient der Umstand hervorgehoben zu werden, dafs die Krankheitsform in dieser Hinsicht zweifelsohne irgendwelche Bedeutung zu besitzen scheint. Man hat sich wohl überzeugt, dafs die Fieberreaktion bei diesen Patienten öfters zum Vorschein kam, bei welchen sichtbarere Krankheitserscheinungen irgendwelcher Art zu konstatieren sind, als bei allen latenten Fällen, obwohl die Infektion bei der letzteron nicht länger dauerte. Die Gröfse der Salvarsandose hat keine bedeutende Rolle gespielt, es ist aber unmöglich, auch diesem Momente einen eventuellen Einflufs gänzlich zu versagen, denn wir haben höhere Temperaturen auch in diesen Fällen nach den zweiten Infusionen nachgewiesen, welche kurze Zeit (vier bis sechs Tage) nach der ersten verabreicht wurden, — in dem Falle also, wo die Einwirkung der ersten Dose noch als geltend zu betrachten wäre.

Die Meinung WECHSELMANNS, dafs die Verunreinigungen des destillierten Wassers eine Lösung von Eiweifskörpern bedingen, welche man

mit Salvarsan zugleich injiziert und dadurch eine vorübergehende Giftwirkung hervorruft, — scheint uns nicht ganz den wirklichen Verhältnissen entsprechend zu sein, denn wir haben die Injektionen von derselben Lösung, an demselben Tage und in analogen Krankheitsformen gemacht und dabei sehr mannigfache Reaktionen hervortreten sehen. Deshalb erscheint uns die Individualität des Kranken neben anderen Nebenfaktoren das wichtigste Moment hinsichtlich der Intensität der Reaktion abzugeben.

Worauf die Reaktion nach den intravenösen Infusionen eigentlich beruht? — was die eigentliche Ursache dieser Symptome ist? dies entzieht sich vollkommen unserer Erkenntnis. Wir können bis heutzutage nicht bestimmen, ob es sich hier lediglich nur um die Wirkung des Mittels ohne Mitspiel irgendwelcher Momente seitens der Krankheitssymptome handelt oder ob vielleicht dieses Präparat auf die Krankheitsprodukte auf diese Weise einwirkt und wenn dies wirklich der Fall wäre, ist die Wirkung des Mittels auf Spirochäten oder auf spezifische Infiltrate zu beziehen? Die Entscheidung aus der Art der Reaktion ist in dieser Richtung unmöglich. Wenn man aber das von uns oben erwähnte Moment berücksichtigt, nämlich, dafs die starke Reaktion öfters bei den floriden Krankheitsprozessen zum Vorschein kommt, könnte man wohl die Vermutung aussprechen, dafs man hier mit einer Einwirkung auf syphilitische Infiltrate zu tun hat, die offenbar unter dem Einflusse des Mittels einer Änderung in ihrer Beschaffenheit anheimfallen. Wenn man aber auch anzunehmen geneigt wäre, dafs die Nebenerscheinungen, die so rasch nach der Infusion nicht selten zutage treten, nicht als Folge der raschen Einwirkung des Mittels auf die Krankheitsprodukte zu betrachten sind, so wird man zu dem Schlusse gelangen, dafs hier auch der toxischen Wirkung der Arsenverbindung als solcher bei der Reaktion eine gewisse Rolle zukommt. Es müssen also noch viele präzise und eingehende Observationen in allen diesen Richtungen vorgenommen werden, um sich Rechenschaft geben zu können, welche Einwirkungsart des Präparates hier im Spiele ist. Heutzutage darf nur die Tatsache betont werden, dafs nach intravenösen Infusionen des Mittels fast immer eine bald stärkere, bald schwächere Reaktion aufzutreten pflegt, welcher Umstand für die Praxis von Bedeutung ist.

Versammlungen.

Zwölfter Kongreſs der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie,

gehalten in Rom vom 18. bis 21. Dezember 1910.

(Mailand, *Tipografia degli operai,* via Spartaco, Juni 1911.)

1. Sitzung 18. Dezember 1910.

Ansprache des Präsidenten und Diskussion über die Referate von Mibelli und Philippson über die **dermatologische Nomenklatur.**

2. Sitzung 19. Dezember 1910.

Über einen Fall von Sporotrichosis, von Vignolo-Lutati. Es handelte sich um eine gummöse Form am Arm, welche an tertiäre Syphilis erinnerte.

Über einen Fall von Lichen corneus, von Ayala. Typischer Fall von Lichen corneus bei einem Syphilitiker.

Über einen Fall von Dermatitis pemphigoides chronica pruriginosa mit periodischen Exacerbationen in Zusammenhang mit der Amenorrhoe, von Verrotti. Die Erkrankung war auf die ganze Haut ausgebreitet. Die periodisch alle vier bis fünf Monate auftretenden Anfälle waren immer sehr schwerer Art und von Nephritis, Adynamie und gastro-intestinalen Störungen und einer Eosinophilie des Blutes und der Haut begleitet.

Ein Fall von Lupus vegetans in multiplen Herden an der rechten unteren Extremität, von Verrotti. Die Diagnose des Falles, dessen Photographie mitgeteilt wird, schwankte zwischen Blastomykose und Lupus. Während alle Symptome (Einheitlichkeit des papillomatösen Charakters der Läsionen, ihre Multiplizität, das schnelle Wachstum der Vegetationen auf der gesunden Haut, das Auftreten einer indurierten Initialläsion, die sich in eine Pustel umwandelte und das Alter des vorher gesunden 46jährigen Mannes) für Blastomykose sprachen, konnte erst der positive Inokulationsversuch auf Tiere die Diagnose Lupus stellen lassen.

Die antigonokokkische Serumtherapie, von Ciuffo. Der Autor empfiehlt die von den serotherapeutischen Instituten in Bern und Mailand hergestellten Sera als die wenigst toxischen und bequemsten Präparate. Sie machen nur eine geringe Temperaturerhöhung und selten Erythem. Ihre Anwendung kommt bei den Komplikationen der Blennorrhoe, hauptsächlich der Epididymitis, in Betracht. Es wird vier Tage hintereinander je eine Dosis von 10 ccm subcutan injiziert.

3. Sitzung 20. Dezember 1910.

Paramyoklonus multiplex infolge von Syphilis, von F. Simonelli. Die von Friedreich beschriebenen klonischen Hautmuskelzuckungen traten bei einem 44jährigen Patienten in äuſserst intensiver Weise fünf Monate nach der Initialsklerose auf. Sie bildeten zusammen mit intensivem Kopfschmerz das einzige Symptom der Syphilis.

Über einen Fall von Lymphangektasis der Vulva, von O. Ercoli. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine cystische Dilatation der Lymphgefäſse und eine Leukocyteninfiltration (also kein Lymphangioma circumscriptum). Von Interesse ist, daſs die Krankheit bei einer Syphilitischen auftrat. Der Verfasser meint, daſs die Syphilis wie auf die Blutgefäſse, so vielleicht auch auf die Lymphgefäſse wirken könnte.

Vorstellung zweier Fälle von Hydrocystom, von O. Ercoli.

Einige Bemerkungen über das Europhen, von O. Ercoli. Empfehlung des Mittels als Jodoformersatz.

Untersuchungen über die Überempfindlichkeit und Immunität bei einigen Hautkrankheiten (1. Teil), von C. Lombardo. Der Verfasser konnte nachweisen, dafs pathogene Pilze (Achorion, Mikrosporon usw.) nach einer positiven ersten Inokulation beim Meerschweinchen und Kaninchen einen Zustand der Allergie hervorrufen, der sich bei einer zweiten Inokulation durch ein schnelleres Erscheinen der reaktiven Phänomene und einen atypischen und rapiden Verlauf der darauffolgenden Hauterkrankung kundgibt. Sukzessive Inokulationen brachten einen immer leichteren und schnelleren Verlauf zustande, doch gelang es nie, eine wirkliche Immunität zu erzeugen, obwohl die Allergie auch nach der Heilung anhielt. Doch ist die Allergie nicht für dasjenige bestimmte Hyphomycet spezifisch, welches dieselbe verursacht hat. Dieselbe geht auch nicht von der Mutter auf das Tochtertier über.

Über die Ichthyosis foetalis, von L. Martinotti. Krankengeschichte eines Falles mit histopathologischen Untersuchungen.

Beitrag zur Kenntnis der Hydroa vacciniformis, von F. Radaeli. Mitteilung von drei Fällen. Bei allen ging jedesmal eine Hämatoporphyrinurie dem Hautausschlag voraus. Radaeli erklärt die Pathogenese der Hydroa als eine Sensibilisierung der Haut durch das Hämatoporphyrin den Sonnenstrahlen gegenüber und glaubt diese Hypothese auch durch Versuche (die noch im gange sind), sicher stellen zu können.

Eigenartiger Fall von Alteration der Haut und der tieferen Gewebe wahrscheinlich mykotischer Natur an einem Fufs, von F. Radaeli. Es gelang, aus der Affektion einen Hyphomyceten zu kultivieren, der aber mit anderen nicht identifiziert werden konnte.

Inokulation von leprösem Material in die vordere Augenkammer des Kaninchens, von Stanziale. Positiver Erfolg bei Inokulation von Gewebsstückchen.

Die Radiotherapie der Lymphome als Beitrag zur Lupusprophylaxe, von Scaduto. Der Verfasser meint besonders diejenigen Lupusfälle, welche aus den Rändern ulcerierter Lymphome entstehen.

Weitere Studien über das Verhalten der Spirochäten bei Syphilitikern, von Terzaghi. Dunkelfeldbeobachtungen von Spirochäten nach verschiedenen Behandlungsarten der Patienten.

Kurze Untersuchung der Hirnveränderungen einer Leiche mit residualen Lupusresten, von Garibaldi. Mikroskopischer Befund des von Campana (*Clinica Dermosifilopatica di Roma* Nr. 3) erwähnten Kranken.

Glossitis areata chronica kompliziert mit rezenter konstitutioneller Lues, von Calderone. Der Fall zeigt, dafs luetische Zungenerscheinungen, welche eine Glossitis areata komplizieren, äufserst schwer verlaufen und gegen Therapie sehr renitent sind.

Lepra anaesthetica mutilans. Form der Morvanschen Krankheit, von Calderone. Mitteilung eines Falles.

4. Sitzung 20. Dezember 1910.

Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Ciarrocchi, Bartera und Bonfiglio. Mitteilung einer Kasuistik von 21 Fällen. Die Resultate decken sich mit denen anderer Verfasser.

Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von U. Mantegazza. Der Verfasser teilt seine guten Erfahrungen mit dem Medikament mit.

Die Wassermannsche Reaktion bei den mit Salvarsan behandelten Kranken, von Ciuffo. 1. Wenn auch der Prozentsatz des absolut negativen Ausfalls der Wassermannschen Reaktion bei mit Salvarsan behandelten Kranken höher ist als derjenige bei Kranken, die mit anderen antiluetischen Mitteln behandelt wurden, so ist er doch nicht übermäfsig hoch. Sehr häufig sind hingegen die Fälle, in denen die Wassermannsche Reaktion zwar nicht absolut negativ, aber doch so modifiziert wird, dafs man mehr oder minder manifeste Anzeichen von Hämolyse findet.

2. Die vollständig negativen Reaktionen treten nie früher als einen Monat nach der Einspritzung ein, die schwach negativen schon nach zwei Wochen.

3. Diese absolut oder relativ negativen Resultate können nach einiger Zeit sich wieder ändern.

Das Salvarsan in der Syphilisbehandlung, von Truffi. T. möchte das Präparat nur angewendet wissen: 1. bei Syphilis maligna, 2. bei Quecksilberidiosynkrasie, 3. bei quecksilberresistenten Manifestationen, 4. in Fällen, wo aus prophylaktischen Gründen auf eine schnelle Sterilisation Gewicht gelegt wird.

Über das Salvarsan bei der Syphilis, von Ascoli Maurizio. Empfehlung der intravenösen Methode. Der Autor hat auch Erfolge mit Salvarsan bei Kala-Azar gehabt.

Über die Syphilisbehandlung mit Salvarsan im Ospedale Maggiore von Mailand, von Bertarelli. B. hat sich wohl von der Vortrefflichkeit des Mittels in vielen Fällen überzeugt, möchte aber nicht, dafs es schon in jedem Falle das Quecksilber verdränge. Die Applikation des Mittels bei Schankern bringe die Gefahr mit sich, dafs nachher die nicht ganz sterilisierte Infektion im Latenzstadium neu gekräftigt wird und später desto schwerere Symptome macht. Macht man aber nach der Salvarsaninjektion eine Hg-Kur, so kann von einem sicheren Urteil über das Mittel überhaupt keine Rede mehr sein. Es sollte nur in Fällen verwendet werden, wo man sicher ist, sehr lange Zeit beobachten zu können, sonst nur, wenn eine absolute Indikation für das Mittel besteht.

Das Salvarsan in einigen Fällen von Syphilis und Parasyphilis. Meningoradiculitis syphilitica; multiple Sklerose durch Salvarsan geheilt, von Pasini. Mitteilung zweier Fälle.

Heilungsversuche mit Salvarsan in einigen Fällen von Syphilis und Parasyphilis, von Facchini. Aus der Arbeit ist als besonders interessant hervorzuheben, dafs in sechs Fällen ziemlich schwere Läsionen des Zirkulationsapparates vorlagen (Aortitis), welche die intravenöse Injektion vorzüglich vertrugen. F. glaubt deshalb, dafs die Kontraindikationen für das Mittel nicht zu sehr ausgedehnt zu werden brauchen.

5. Sitzung 21. Dezember 1910.

Die ersten 24 mit Salvarsan in der Hautklinik von Padua behandelten Kranken, von Breda. Nichts Besonderes.

Beitrag zur antisyphilitischen Salvarsanbehandlung in der Hautklinik von Bologna, von Majocchi. Nichts Besonderes.

Über die bisherigen mit der Abortivbehandlung der Syphilis im Initialstadium durch lokale Cyanquecksilbereinspritzungen erzielten Resultate, von Mariotti. Die Behandlung besteht in täglicher Applikation von Klappschen Schröpfköpfen auf die Sklerose, von täglichen Injektionen einer $^{1}/_{2}$%igen Lösung von Cyanquecksilber in die Inguinalgegend und von $^{1}/_{4}$%igen in die Umgebung der Sklerose.

Bei zwölf derartig behandelten Fällen war nur viermal ein Mifserfolg vorhanden, der auf eine bereits zu weit vorgeschrittene Infektion zurückzuführen war.

Über den Wert der Porges- und Ascoli-Izarschen Reaktion im Vergleich zu der Wassermannschen, von Simonelli. Unter 25 untersuchten Fällen gab die Wassermannsche Reaktion 22 positive, 1 zweifelhaftes und 2 negative Resultate, die Porgessche 15 positive, 3 zweifelhafte und 7 negative, die Ascoli-Izarsche 20 positive und 5 negative.

Über die mit der Meiostagminreaktion bei der Syphilisdiagnose erhaltenen Resultate, von Usuelli. „Wenn dieselbe auch keinen praktischen Wert als Ersatz der Wassermannschen Reaktion hat, so ist sie doch von der theoretischen Seite äufserst interessant.“

Die Ascoli-Izarsche Meiostagminreaktion in der Syphilis: Vergleichsuntersuchungen mit der Wassermannschen Serodiagnose, von Pasini. Der Verfasser fand gewöhnlich einen gröfseren Prozentsatz positiver Meiostagminreaktionen als Wassermannscher. Indessen stimmten die letzteren viel besser mit dem klinischen Befund und der Behandlung überein. So fand er oft bei negativem Wassermann eine positive Meiostagminreaktion bei Syphilitikern, welche seit langem von Symptomen frei waren und energische Behandlungen durchgemacht hatten. Hingegen bei sieben Luetikern, welche einen Monat vorher Salvarsan bekommen hatten und bei denen alle Symptome geschwunden waren, war Wassermann positiv und die Meiostagminreaktion negativ. Auffallenderweise bekamen diese sieben Fälle kurze Zeit später ein Rezidiv.

Ausschlag infolge von Pediculoides ventricosus, von Ducrey. Kurze Bemerkung, dafs dieses Contagium aufser durch Weizen und Gerste auch durch Bohnen übertragen werden kann.

Beitrag zum klinischen und pathologisch-anatomischen Studium der Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von Ossola. Mitteilung von zwei Krankengeschichten.

Über einen Fall von Epidermophytia erratica, von Vignolo-Lutati. Es handelte sich um einen Fall von Epidermophytia inguinales mit trichophyxoiden Herden am Rumpfe, die alle von demselben Parasiten hervorgerufen waren, dessen Kultur genau mit dem von Sabouraud beschriebenen übereinstimmte.

Über einen Fall von sogenanntem Lichen spinulosus, von Vignolo-Lutati. Die mikroskopischen Untersuchungen des Falles ergaben als Primärelement eine Papel mit spinulärer Hyperkeratose und follikulärem und extrafollikulärem Sitz. Dieselbe hat mit einer Lichenpapel nichts zu tun. Ein besserer Name wäre Keratosis spinulosa.

Beobachtung einer seltenen Lokalisation der Lues hereditaria tarda, von Mibelli. Es handelt sich um eine Cheilitis tubero-ulcerosa labii inferioris, welche der diffusen gummösen Infiltration der Tertiärlues am meisten ähnelte. Die Kranke war 24 Jahre alt.

Die Wirkung der roten und blauen Strahlen des Spektrums auf einige Kulturen von Hypho- und Schizomyceten und lebende tierische Gewebe, von Galimberti. Nur die Versuche mit tierischem Gewebe gaben einigermafsen brauchbare Resultate. Kaninchenohren, welche zuerst mit Silbernitrat eingepinselt und dann den blauen Strahlen ausgesetzt wurden, zeigten ein intensiveres Eindringen der Silberlösung ins Gewebe, als bei der Bestrahlung mit roten.

Roseola tardiva bei einem heredo-luetischen Kinde, von Galimberti. Richtige grofsfleckige Roseola bei einem achtjährigen Kinde mit gummösen Erscheinungen.

Die experimentelle Wirkung des Nastins B., von Sabella. Der Verfasser studierte die bakterizide Wirkung des Nastins auf Staphylokokken und andere pathogene Pilze, welche sich auf der Haut von Leprösen finden können.

Über einen Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut, von TRUFFI. Kurze Mitteilung eines Falles.

Am Schlufs der Sitzung wird ein Vorschlag von PASINI, nach welchem die Spezialistenfrage in Italien geregelt werden und das Tragen des Titels Spezialarzt von einem Examen abhängig gemacht werden soll, akzeptiert.

Gunsett-Strafsburg.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

August 1911.

Ein Fall von Sporotrichosis, von H. G. ADAMSON. Derselbe betraf einen aus Brasilien stammenden Arbeiter, 50 Jahre alt, der an der rechten Hand und Arm eine vom Daumenrücken bis zur Achsel reichende Anzahl dunkelroter, erhabener, weicher Knötchen von Erbsen- bis Haselnufsgröfse aufwies; diese hingen miteinander durch einen festen, über der Haut erhabenen Streifen, offenbar ein verdicktes Lymphgefäfs, zusammen. Die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Knötchens ergab einen typischen Fall von Sporotrichosis, der durch eine leichte Verletzung am rechten Daumen, welcher Entzündung und eine Reihe von Abscessen (Eiterungsprozessen) längs des rechten Armes nachfolgten, entstanden war. Es ist dies ein typisches Beispiel von Sporotrichosis lymphatischer Art, wie er in Amerika zuerst von SCHENK beschrieben worden ist. Des Patienten Serum gab eine positive WASSERMANNsche Reaktion. Mit Jodkalium trat völliger Rückgang der schon in Involution begriffenen Hautaffektion ein.

Stern-München.

Revista española de Dermatologia y Sifiliografia.

Band 13, Nr. 153. Sept. 1911.

Persönliche Erfahrungen mit der WASSERMANNschen Reaktion und Folgerungen, die sich vom praktischen Gesichtspunkte daraus ergeben, von H. ARRUGA - Barcelona. Die Erfahrungen des Verfassers decken sich mit dem bisher Bekannten.

Kausalzusammenhang zwischen Hauttuberkulose, Erythema induratum, Prurigo und Pityriasis Hebrae, von P VILLANOVA. Alle diese Erkrankungen gehören ohne Zweifel der Tuberkulose an. Zwei Krankengeschichten von Erythema induratum bei der Lungentuberkulose werden mitgeteilt.

Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Syphilis der Lunge, von BASSOLS. Der Artikel wird fortgesetzt.

Gunsett-Strafsburg.

Actas dermo-sifiliograficas.

3. Jahrgang. Nr. 3. Februar-März 1911.

Verhandlungen der spanischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie: Sitzungen vom Februar und März 1910.

Lupus erythematosus acutus d'emblée, von J. DE AZÚA und J. S. COVISA Ein 19jähriger Mann bekommt plötzlich eine Entzündung der Haut der Arme, die sich schnell über den ganzen Körper ausbreitete und von hohem Fieber und schlechtem

Allgemeinbefinden begleitet war. An der Kopfhaut trat unter Atrophie eine totale Alopecie auf. Das Aussehen der Hautveränderungen liefs die Diagnose Lupus erythematosus mit Sicherheit stellen. Nach acht Monaten starb der Patient. Bei der Autopsie fand sich ein starkes pleuritisches und pericarditisches Exsudat. Nichts von Tuberkulose. Die Mediastinaldrüsen waren vergröfsert, es konnte aber histologisch nichts von Tuberkulose festgestellt werden. Es fand sich darin nur eine Riesenzelle.

Alopecien im Verlauf der visceralen Tuberkulose, von J. PEYRI-Barcelona.

Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von reinstem metallischem Quecksilber, von SERRANO und SAINZ DE AJA. Mitteilung von Krankengeschichten.

Dermitis papillomatosa vegetans, von J. DE AZÚA. Vorstellung eines Falles mit zweifelhafter Diagnose.

Ein Fall von Talalgie luetischen Ursprungs, von J. S. COVISA. Radiographisch war ein Osteophyt nachweisbar, der auch nach der Behandlung bestehen blieb.

Ein Fall von Epithelioma vegetans geheilt durch Radiotherapie, von JULIÁN RATERA. Es handelte sich um ein sehr weit ausgedehntes Epitheliom der rechten Gesichtshälfte. Es wurden appliziert zuerst 5—6 H, 14 Tage später 3 H, 8 Tage später 4 H, dann 2 Tage später nochmals 4 H, die einen Monat später an zwei Tagen wiederholt wurden. Das Resultat war ein glänzendes, chirurgische Intervention wäre unmöglich gewesen.

Behandlung des Zoster mit Chloräthyl, von A. VERGELY. Der Verlauf wird durch diese Behandlung bedeutend abgekürzt.

Salvarsanbehandlung der Syphilis des Nervensystems, von SERRANO und SAINZ DE AJA. Zwei Fälle von Polyarteriitis cerebralis und von Basilarmeningitis, die durch Salvarsan sehr günstig beeinflufst wurden.

Die vorherige Blutentnahme bei den intravenösen Salvarsaninjektionen, von SÁNCHEZ DEL VAL-Cartagena. Zur Verhinderung der nach intravenöser Salvarsaninjektion auftretenden üblen Erscheinungen läfst S. vor jeder Injektion 50—150 ccm Blut aus der Vene auslaufen.

Nervöse Alterationen (Ohr und Facialis) nach Salvarsan, von J. DE AZÚA. Vorstellung von zwei Fällen: 1. HERXHEIMERsche Reaktion, welche linksseitige Facialisparalyse und Vermehrung vorher bestehender Ohrstörungen hervorriefen. 2. Acusticus- und Facialis-Neurorezidiv.

Die elektrostatische Entladung bei bullösen Dermatitiden, von J. PEYRI. Dieselbe hat eine antiphlogistische und analgestische Wirkung, welche sich sehr wohl bei bullösen Dermatitiden verwerten läfst. Diese antiphlogistische Wirkung läfst sich an so behandelten Verbrennungen mikroskopisch nachweisen. Bei bullösen Erkrankungen bringt die elektrostatische Behandlung eine Verzögerung der weiteren Schübe und eine schnellere Evolution der vorhandenen, nebst deutlicher Besserung der subjektiven Erscheinungen hervor.

Papulo-pustulöser vegetierender Ausschlag, hervorgerufen durch den „Sirop de GIBERT", von J. DE AZÚA.

Zwei Fälle von Verrucae planae juveniles, von SERRANO und SAINZ DE AJA. Der eine Knabe erkrankte durch Ansteckung von seinem Bruder. Als Therapie benutzen die Verfasser Jodtinktur, die sie nach Entfernung der die Warzen bedeckenden Oberhaut auftragen.

Psoriasis mit Salvarsan behandelt, von J. DE AZÚA. Ein alter Psoriatiker, dessen Krankheit sich vor kurzem über den ganzen Körper ausgebreitet halte, erhält zuerst 0,4 Salvarsan. Bereits nach 24 Stunden trat unter starker lokaler Reaktion eine Abschilferung, Rückgang der Infiltration und Abblassen ein. Einen Monat später bekam er dieselbe Dosis noch einmal. Diesmal kam es zu keiner Reaktion, hingegen

wiederum zu starker Desquamation, die zu beinahe vollständigem Schwund der Affektion führte. Auch bei einem zweiten Fall mit nummulärer Psoriasis trat eine bedeutende Besserung ein. In der Diskussion berichtet Serrano von einem bereits von Aja vorgestellten Fall, der nach einer Injektion von 0,4 heilte und seit zwei Monaten rezidivfrei war.

Reinfektion oder Superinfektion bei einem mit Salvarsan behandelten Kranken, von Serrano und Sainz de Aja. Ein seit sechs Jahren luetisch Erkrankter bekommt ein Monat nach einer intravenösen Salvarsaninjektion nach Verkehr mit seiner mit Condylomen behafteten Frau ein schankerartiges Ulcus. Sekundärerscheinungnn wurden nicht abgewartet, sondern gleich eine neue Salvarsaninjektion vorgenommen.

Meningomyelitis syphilitica von transversalem Typus, von J. de Azúa.

Lupus erythematosus acutus febrilis, von Sainz de Aja. Klinische Mitteilung eines an dieser Erkrankung gestorbenen Falles ohne Autopsie.

Ein Fall von Angiom der Glans, von J. S. Covisa.

Salvarsan und Epitheliom, von Serrano und Sainz de Aja. Therapeutisch ist Salvarsan bei Epitheliom von keinem Wert, hingegen zur schnellen Stellung der Differentialdiagnose. *Gunsett-Strafsburg.*

Bücherbesprechungen.

Der Ursprung der Syphilis, von Iwan Bloch. Zweite Abteilung (S. 317—765). (Gust. Fischer, Jena, 1911.) Als mir 1877 die Aufgabe zufiel, die unter der Leitung von Engel-Reimers stehende Abteilung kranker Puellae publicae zu behandeln, suchte ich mich über die venerischen Krankheiten, die damals auf der Universität sehr stiefmütterlich behandelt wurden, zu orientieren und durchstöberte zunächst die medizinische Bücherei meines Vaters. Dabei fiel mir das alte Buch von Rosenbaum, „die Geschichte der Lustseuche im Altertume“, in die Hand. Als ich es gelesen hatte, standen bei mir drei Dinge fest. Erstens war das Wenige, was ich auf der Universität über Syphilis erfahren und gehört hatte, durch Rosenbaums „Altertumssyphilis“ vollkommen aufgehoben und verwischt. Zweitens sah ich die Unmöglichkeit, aus Rosenbaums Symptomen eine Krankheit, wie die Syphilis, neu zu konstruieren. Drittens hatte die Arbeit einen falschen Titel; sie sollte heifsen: Unsittlichkeit und venerische Krankheiten im Altertume, aber nicht: Geschichte der Syphilis im Altertume. Dafs all das Gelesene, sofern es die Altertumssyphilis betraf, eitel Papierwissenschaft sei, wurde mir völlig klar, als ich nun zu dem kürzlich erschienenen, von naturwissenschaftlichem Geist erfüllten Werk von Fournier: „La Syphilis chez la femme“ griff und an dessen Hand die Klinik der venerischen Krankheiten am Weibe selbst studierte. Jetzt wufste ich, was ich vorher nur geahnt hatte, dafs weder Rosenbaum noch das Altertum die Syphilis gekannt hatten, denn von der wahren Syphilis stand bei Rosenbaum und den von ihm zitierten Alten nirgends ein richtiges Wort.

Die Nichtexistenz der Syphilis im Altertume trotz Rosenbaum und seiner Nachfolger zu beweisen, das war die Aufgabe, welche Iwan Bloch sich für den zweiten Band seines bedeutenden Werkes vor zehn Jahren gestellt hatte. Soweit nur die papiernen Zeugen aus dem Orient und dem griechisch-römischen Altertume in Betracht kamen, war die Aufgabe nicht eben schwer. Denn wir kennen jetzt die Syphilis als individuelle Allgemeinkrankheit und Familienerkrankung sehr genau, und wo immer wir diesen ungeheuer grofsen und breiten Rahmen an die zitierten Stellen

der alten Schriftsteller anlegen, nirgends besteht eine wirkliche Deckung. Man merkt so recht, dafs, wo nur eine Folge geschlechtlichen Umgangs sich in der Literatur vorfand, der doppelte Fehler nahelag und oft genug begangen wurde, gleich eine Geschlechtskrankheit anzunehmen und diese dann noch speziell auf Syphilis zu beziehen.

Aber die papiernen Urkunden haben heute nicht mehr allein das Wort. Wie die Altertumskunde seit Schliemanns bahnbrechendem Vorgang auf Grund von Ausgrabungen neu erstanden ist und sich fortdauernd neu gestaltet, so würden wir mit Recht das gröfste Gewicht auf einen sicheren Befund von syphilitischer Knochenerkrankung an einem Skelett aus der Zeit vor der Entdeckung Amerikas legen, das in Europa ausgegraben wurde. Bloch schickt daher ein auch für jeden Pathologen sehr lesenswertes, kritisch gehaltenes Kapitel über *Knochensyphilis überhaupt* voran, das allerdings zu völlig negativen Resultaten gelangt.

Von noch gröfserer Bedeutung für die Beurteilung der Altertumssyphilis ist aber das Studium der jetzt vorkommenden *pseudosyphilitischen Hautkrankheiten*, da es sich hier um positive Daten handelt, um Dinge, die auch im Altertum vorkamen und sicher von den Historikern zum Teil mit Syphilis verwechselt wurden. Es ist ein grofses Verdienst von Bloch, hier zum ersten Male die unendlich vielen zerstreuten Notizen zu einem Gesamtbilde der *Pseudosyphilis* gesammelt zu haben, wie es bisher in keinem Lehrbuche der Syphilis zu finden ist.

Wie es von einem Autor wie Bloch zu erwarten war, begnügt derselbe sich aber nicht mit dem Nachweise, dafs tatsächlich nicht der mindeste positive Grund zur Annahme einer Altertumssyphilis besteht, sondern er verstärkt diesen Nachweis um ein Bedeutendes durch die sachgemäfse und gründliche Darstellung des Bodens, auf dem eine Altertumssyphilis hätte erwachsen können, wenn sie existiert hätte. Der Reihe nach führt er alle Seiten des geschlechtlichen Lebens im Altertum vor, die von den unsrigen ganz abweichenden naiven Anschauungen über Liebe, Ehe, Prostitution, über den Geschlechtsgenufs und seine Folgen, über Krankheiten überhaupt und die venerischen im besonderen, über den depravierenden Einflufs der Grofsstädte, des Luxus, der Kriege, der Sklavenhaltung und des Alkoholismus. Erst aus dieser Darstellung ermifst man die ungeheure Fruchtbarkeit jenes Bodens für einen Keim wie den der Syphilis. In der Tat, wäre die Spirochaeta pallida zur Zeit der römischen Kaiser von Amerika nach Rom transportiert, es wäre eine syphilitische Massenseuche entstanden, gegen welche die Neapolitaner Epidemie, welche Ende des 15. Jahrhunderts Europa durchzog, ein Kinderspiel war.

Bloch hat dieses Kapitel im Anschlufs an eigene frühere Werke mit besonderer Liebe und daher mit einer gewissen Breite behandelt, die vielleicht nicht überall durch den Zweck des Buches allein gerechtfertigt erscheint. Aber wenn hier auch manchmal die Geduld von uns Medizinern etwas auf die Probe gestellt wird, dürfen wir doch nicht vergessen, was wir gerade in dieser Hinsicht dem Historiker Bloch verdanken, der als Erster seinen Fachgenossen gegenüber die volle Verantwortung auf sich nimmt, die früher allgemein angenommene Altertumssyphilis auch auf Grund der historischen Dokumente abzuweisen.

Diese Hinweise würden genügen, um auf den hohen Wert des Buches für jeden Dermatologen und Syphilidologen hinzuweisen. Aber der Autor wünscht in der Vorrede selbst „eine recht fruchtbare Kritik von seiten der Ärzte, Philologen und Kulturforscher“, mit einem Wort ein eingehendes, kritisches Referat, und es besteht kein Grund, ihm diesen vollberechtigten Wunsch zu versagen. Allerdings mufs ich mich in kritischer Beziehung auf das rein Medizinische beschränken und will versuchen, vom Standpunkte des Mediziners aus das spezielle Referat hier und da durch etwas Kritik zu würzen.

Nachdem Bloch die krankhaften Veränderungen an prähistorischen Knochen, auch der Tiere, z. B. der Höhlenbären (v. Walther, Virchow), besprochen und die durch Tiere und Pflanzen an ihnen nachträglich erzeugten Defekte (Liebe, Virchow), welche syphilitische Knochennarben vortäuschen können, wendet er sich der Syphilis und Pseudosyphilis der Knochen und Zähne zu und kommt nach einer eingehenden historischen Erörterung zu dem Schlusse, dafs nicht am isolierten Knochen, sondern höchstens durch sorgsame Vergleiche allgemeiner Skelettveränderungen die Diagnose auf Knochensyphilis zu stellen und diese von nichtsyphilitischen ähnlichen Knochenerkrankungen zu unterscheiden sei.

Nachdem der vortreffliche Syphilidologe Rollet-Lyon auf dss Fehlen der Knochensypbilis an allen Knochen aus sehr alten und prähistorischen Gräbern aufmerksam gemacht, versuchte Parrot (1877), der auf seine Erfahrungen am Pariser Findelhause hin bekanntlich viele Krankheiten nichtsyphilitischen Ursprungs, wie z. B. die Lingua geographica, für syphilitisch hielt, den Beweis prähistorischer Knochensyphilis zu führen. Er erklärte die „Craniotabes congénital peribregmatique", Hyperostosen der Stirn- und Scheitelbeine, gewisse die Fontanelle umgebende Knochenbeulen und vier verschiedene Zahnatrophien (cupuliforme, sulciforme, cuspidienne en hache) für charakteristische Zeichen der Knochensyphilis. Bloch schliefst sich wohl mit Recht der Mehrzahl der Autoren an, welche in diesen Veränderungen nicht hereditäre Syphilis, sondern Rachitis erblicken.

Einen parallelen Verlauf nahm die Diskussion über die von Fouquet-Kairo 1896 an altägyptischen Knochen gefundenen pathologischen Veränderungen. Zambaco verteidigte (1900) in der Pariser Akademie die Ansicht von Fouquet, dafs es sich um altägyptische Syphilis handle, während Gangolphe, Bayet und A. Fournier die Veränderungen für nicht syphilitisch erklärten. Bloch hält die Exostosen mit Ewe und den genannten Franzosen für Arthritis deformans. Er hatte im British and South Kensington-Museum Gelegenheit, zahlreiche Skelette der Römer-, Sachsen- und mittelalterlichen Zeit zu sehen, an denen keine Spuren syphilitischer Veränderungen wahrzunehmen waren. Ebenso negativ verliefen die Nachforschungen von Macalister und Griffith an den Cambridger Skelettsammlungen präcolumbischer Zeit. Bloch schliefst aus allen diesen negativen Befunden, wie schon früher Virchow, dafs bisher in der alten Welt aus präcolumbischer Zeit noch kein einziger Knochen mit unzweifelhaften Spuren von Sypbilis gefunden sei.

Diese negativen Tatsachen würden nun an Beweiskraft noch sehr gewinnen, wenn aus amerikanischen Gräbern Knochen mit Produkten der Syphilis gefunden würden. Solche sind angeblich auch vielfach gefunden worden und ganz besonderes Aufsehen haben die Ausgrabungen von Jones-New Orleans und Gann-Honduras erregt. Aber mit Recht hebt Bloch die besonderen Schwierigkeiten hervor, mit denen die Diagnose auf präcolumbische Knochensyphilis in Amerika behaftet ist, da das Alter der indianischen Gräber sich nicht mit der Bestimmtheit wie bei den Gräbern Europas erkennen läfst. Wenn diese Skepsis auch sicher vollberechtigt und gerade von seiten Blochs lobenswert ist, so scheinen mir diese amerikanischen Skelettbefunde, vorausgesetzt dafs sie wirklich syphilitischer Natur sind, doch bedeutungsvoller zu sein, als Bloch zugibt. Denn sie sind ja nicht in amerikanischen Städten gemacht, sondern auf altindianischen Gräberfeldern. Selbst wenn ein solches statt aus dem 14. bei genauer Nachforschung beispielsweise aus dem 17. Jahrhundert stammen sollte, so ist doch kaum anzunehmen, dafs die dort ihre Toten begrabenden, freien Indianerstämme von den Europäern inzwischen verseucht gewesen wären. Immerhin ist es zu wünschen, dafs ein glücklicher Zufall diese Lücke in völlig einwandfreier Weise ausfüllen möge.

Von den pseudosyphilitischen Affektionen zieht Bloch die Genital-, Anal- und Buccalaffektionen hauptsächlich in Betracht. Wie immer ist die Geschichte sorgfältig berücksichtigt und wir erfahren u. a., dafs in Deutschland bereits Dr. v. Embden-Hamburg 1819 speziell über pseudosyphilitische Affektionen gearbeitet hat; selbstverständlich wird das reiche Material ausgenutzt, das Rudolf Bergh Jahr für Jahr über diesen Gegenstand aus dem Vestre-Hospital in Kopenhagen veröffentlichte.

Mit Finger betont Bloch die häufige Unsicherheit des so wichtigen Symptoms der Sklerose, besonders an Stelle der Duplikaturen: Orificium urethrae, Frenulum, Präputialrand, Sulcus coronarius, Labia minora. Ich glaube, dafs man in vielen Fällen über diese Unsicherheit hinwegkommt, wenn man berücksichtigt, dafs hierbei zwei ganz verschiedene pathologische Zustände verwechselt werden, die echte Sklerose (kollagene Hypertrophie) und das in der Duplikatur gefangene und dadurch sich prall und hart anfühlende elastisch-teigige Ödem. Letzteres weicht allmählich dem fortgesetzten Drucke, erstere wird unter demselben erst recht deutlich. Man hat also in solchen Fällen nur nötig, die indurierte Stelle andauernd zwischen Zeigefinger und Daumen zu drücken oder eine elastische Binde eine Zeitlang anzulegen; schwindet die Induration, so war keine echte Sklerose vorhanden. Übrigens hat mich in diesen Fällen die histologische Untersuchung, wenn sie möglich war, noch nie im Stiche gelassen. In bezug auf das „Ulcus molle folliculare“ möchte ich erwähnen, dafs ich dasselbe wohl zuerst in meiner Arbeit über Herpes progenitalis der Frauen beschrieben habe. Das „chronische Genitalgeschwür der Prostituierten“ wird mit Recht von der Syphilis getrennt. Diese im ganzen immerhin seltenen Fälle werden nach meiner Erfahrung hauptsächlich durch unzweckmäfsige Ätzungen hervorgerufen, welche die Prostituierten, um einfache Ulcera zu verheimlichen, an sich vornehmen; übrigens heilen dieselben bei Ruhe und zweckmäfsiger Behandlung auch in den schlimmsten Fällen. Für den Herpes progenitalis genügt nach Bloch die besondere nervöse Erregbarkeit nicht, es mufs die geschlechtliche Erregung als auslösendes Moment hinzukommen. Ob diese allein durch die andauernde Wallungshyperämie (Unna, Herpes progenitalis) oder durch eine besondere Infektion, wie Bloch annimmt, wirkt, das ist eben die noch ungelöste Frage.

Es folgt nun eine Fülle von seltenen nichtsyphilitischen Genitalaffektionen, deren mühevolle Sammlung ein dankenswertes Unternehmen darstellt und jedem Kasuistiker auf diesem Felde künftig seine Arbeit sehr erleichtern wird. Warnen möchte ich nur vor der einfachen Übernahme der Angabe von Glueck, dafs 95 % der Leprösen an Knoten und Geschwüren der Genitalien leiden. Diese Angabe kann nur lokalen Wert haben und trifft sicher nicht für die Lepra im allgemeinen zu.

Die pseudosyphilitischen Analaffektionen werden, wie mir scheint, in erschöpfender Weise behandelt. Wie zu erwarten war, verwirft Bloch die Ansicht Bandlers, dafs alle Arten von Analhypertrophien syphilitischen Ursprungs seien.

Die Pseudosyphilis des Mundes, Rachens und der Nase erfahren ebenfalls eine ausführliche Erörterung, an der ich jedoch zwei wesentliche Aussetzungen zu machen habe. Zunächst scheint mir die Exfoliatio areata linguae (Lingua geographica) nicht zu ihrem vollen Recht zu kommen. Sie ist ein Ding für sich und eine eminent pseudosyphilitische Affektion. Unzählige Male hat sie den Eltern von damit behafteten Kindern Schrecken eingejagt, besonders wenn in ihrer eigenen Vorgeschichte Syphilis eine Rolle spielte. Häufig werden anämische Puellen damit von neu eintretenden Untersuchungsärzten als syphilisverdächtig ins Hospital geschickt. Auch die interessanten, sicheren Beziehungen der Exfoliatio areata linguae zur Dentition werden nicht berücksichtigt. Es gibt Mütter, die einen neuen Zahn und dessen eventuelle Beschwerden aus dem Anblick der Zunge des Kindes vorauszusagen wissen. Ebenso-

wenig kann ich mich mit der Darstellung der Leukoplakie, besonders der Raucher, befreunden, zumal diese vollständig scharf charakterisierte, überaus dauerhafte Erkrankung des Mundes auffälligerweise mit der so wandelbaren und oft so flüchtigen Lingua geographica zusammengeworfen und sogar (S. 444, l. 10) als synonym betrachtet wird.

Sodann wäre hier endlich einmal der richtige Platz gewesen, eine scharfe Differentialdiagnose jener unbedeutenden, bei Syphilitischen sowohl während der Quecksilberkuren als zwischen denselben kommenden und gehenden, kleinen, runden Erosionen der Lippen und der Zunge gegenüber den bekannten syphilitischen Geschwüren einerseits, den merkuriellen andererseits zu geben, die immer noch aussteht. Die häufige Alternative: Quecksilber oder Rauchen einerseits, Syphilis andererseits würde sich heute vielleicht ex juvantibus durch Salvarsan im Einzelfalle zur Entscheidung bringen lassen.

Die bullösen Erytheme (Herpes Iris: Koebner, Erythema Iris: Rille) werden mit Recht hier erwähnt, da sie zunächst wohl immer mit Syphilis verwechselt werden. Ich möchte im Anschlufs daran auf die fast stets zuerst verkannte Hydroa gravidarum und auf gewisse Jodexantheme von bullöser Form aufmerksam machen. Letztere werden deshalb so schwer und meist erst nach jahrelangem Bestehen entlarvt, da der Arzt gegen die vermeintliche Syphilis immer wieder zum Jod als Heilmittel greift, bis er endlich den Irrtum gewahr wird.

Dafs Bloch die Boubas und Verruga peruviana als Abarten der Framboesie auffafst, ist nach früheren Arbeiten über diese Affektionen begreiflich, aber die neueren Darstellungen beweisen, dafs sie mit der Framboesie nichts zu tun haben.

Die Impetigo vulgaris hat mit Recht einen Platz in der reichen Aufzählung pseudosyphilitischer Dermatosen erhalten. In der poliklinischen Praxis steigt freilich der Syphilisverdacht wohl nur sehr selten auf, da die Eltern meistens die Krankheit schon oft bei Kindern gesehen haben und ihre Harmlosigkeit kennen. Aber gerade, weil sie bei Wohlhabenden nur sporadisch auftritt, findet sie hier die Familie und den Hausarzt häufig ratlos, und der gewöhnliche Fehlgriff ist dann der, dafs eine syphilitische Ansteckung von Dienstboten vermutet wird.

Bloch führt auch die Pityriasis rosea mit dem Lassarschen (?) Synonym: Herpes maculosus als verwechselbar mit der Roseola syphilitica auf und bezeichnet dieselbe mit Recht als selten. Mir fehlt aber im Anschlufs an diese Affektion die ungemein häufige Verwechslung des Ekzema seborrhoicum papulatum und petaloides mit sekundären Syphiliden. In meinem Beobachtungskreise ist diese Ekzemform geradezu die Pseudosyphilis *Κατ' ἐξοχήν* und es vergeht in der heifsen Jahreszeit nur selten ein Tag, an dem nicht eine derartige Diagnose zu rektifizieren ist. Gewöhnlich handelt es sich um Patienten, die in Form einzelner schuppender Flecke schon lange ihr Ekzem gehabt haben, ohne es viel zu beachten, und die dann nach starkem Schwitzen plötzlich durch eine allgemeine Eruption der eben genannten Form am ganzen Rumpfe oder Schultergürtel überrascht werden. Was den Hausarzt dabei regelmäfsig irreführt, sind zwei Symptome: das gelbrote, bunte Aussehen der Affektion und die Akuität des Prozesses, die an ein Exanthem aus inneren Ursachen erinnert.

Ehe Bloch mit diesem Rüstzeug der modernen Lehre von der Pseudosyphilis der klassischen „Altertumssyphilis" zu Leibe geht, gibt er eine ausführliche philologisch-linguistische Kritik derjenigen orientalischen Literaturstellen, die für Syphilis von verschiedenen Autoren in Anspruch genommen sind. Es sei nur Weniges erwähnt.

Im babylonischen Gilgamiš-Epos wird von Proksch u. a. die Krankheit als Syphilis gedeutet, obwohl die Diagnose chronisches Ekzem viel näher liegt. Bloch

zitiert aber JENSEN, nach dessen Übersetzung es sich gar nicht um eine Hautkrankheit, sondern nur um eine Hautbeschmutzung handelt.

Ebenso löst sich auch die „Uchdu“ des EBERSschen Papyrus, die bekanntlich nach PROKSCH ein Kronzeuge der Altertumssyphilis ist, bei BLOCH unter Mithilfe von JOACHIM in eine „fieberhafte oder heifse Anschwellung“ auf.

Unter den Krankheiten der Bibel ist „die Plage des Baal Peor“ von ROSENBAUM seinerzeit für Syphilis erklärt, obwohl diese Epidemie 24 000 Menschen tötete. BLOCH führt die Widerlegung dieser unsinnigen Hypothese von PREUSS an. Einen Aufschlufs über die wahre Natur des Baal Peor gibt es aber noch nicht.

Die „Plage der Philister“ wird nach PREUSS für die echte Beulenpest erklärt, die Krankheit Hiobs wahrscheinlich für ein chronisches Ekzem, während die Ba'alé rathan, eine Krankheit, bei der die Augen und Nasenlöcher rinnen und der Speichel fliefst und die dort nicht vorkommt, wo die Leute Mangold essen und Bier aus Hirmi-Hopfen trinken, zurzeit unerklärbar ist.

Dafs BLOCH die Zaraath-Krankheit aus dem dritten Buch Moses noch einmal ernstlich auf ihren pathologischen Gehalt durchnimmt, die Syphilis ausschliefst und die Lepra annimmt, wo doch der Verfasser der Bibel in aller Gemütlichkeit die Zaraath erstens des Menschen, dann der Kleider, der Felle, des Lederwerkes und endlich selbst der Häuser bespricht und für alle eine ähnliche Definition gibt, ist mir völlig unverständlich, besonders wo ich vor diesem Stück Papierwissenschaft bereits 1895 ernstlich und ausführlich gewarnt habe.[1] An dieser Stelle BLOCHS (S. 486—493) finde ich vom ärztlichen Standpunkt die einzige Schwäche des BLOCHschen Buches: hier ist der Philologe einmal mit dem Mediziner durchgegangen. Da BLOCH weder meine Kritik der gewöhnlichen Zaraath-Auslegung anführt noch auch nur die Möglichkeit dieser Auffassung erwähnt, mufs ich als Kritiker seines Buches, so leid es mir tut, noch einmal die Mifsdeutung der Zaraath als Krankheit besprechen und hoffe, dafs dieser Aufwand von Energie und Papier dann nicht wieder verschwendet ist.

Ich benutze natürlich im folgenden die Übersetzung von PREUSS, die von BLOCH angeführt und für die beste erklärt wird. Nach dieser ist: Bahéreth = heller Fleck, Söeth = Erhebung, Sappachoth = Schuppenkrankheit, Nega = ansteckend, ansteckende Krankheit.

„Ein Mensch, auf dessen „Leibeshaut eine Erhebung oder „eine Schuppenkrankheit oder ein „heller Fleck entsteht, soll, wenn „es zur ansteckenden (nega) Za„raath auf seiner Leibeshaut ge„worden ist, zum Priester gebracht „werden. Der Priester soll den „Nega auf der Leibeshaut be„trachten: ist Haar in dem Nega „weifs geworden und der Nega „sieht tiefer aus als die Leibes„haut, dann ist es nega Zaraath, „und wenn das der Priester sieht, „so soll er ihn für unrein er„klären.“

Die Diagnose: nega Zaraath wird also von zwei zusammentreffenden Symptomen endgültig bestimmt. Wie auch die Haut sonst aussieht (hell, erhaben oder schuppig), nur dann ist sie unrein, wenn 1. das Haar auf ihr weifs ist und 2. zugleich die betreffende Stelle, wo das Haar weifs ist, gegen die gesunde Haut vertieft ist.

Beides sind keine Symptome der Lepra, obwohl beides einzeln vorkommt, das Ergrauen oder Weifswerden der Haare bei Vitiligo und Poliosis circumscripta, das Einsinken des Hautniveaus an umschriebenen Stellen bei Narben, Kartenblattsklerodermie und Alopecia atrophicans. Bei der Fleckenlepra, an die BLOCH denkt, steht das helle (oft auch besonders dunkle) Zentrum nicht „tiefer als die Leibeshaut“, sondern im Niveau derselben; nur erhebt sich zuweilen (durchaus nicht häufig)

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 20, S. 443.

der Rand ringförmig über die „Leibeshaut“ und das Zentrum. Wäre diese Erscheinung gemeint, so hätte die Bibel von einem ringförmigen Seeth um das tiefere Nega sprechen müssen. Dann wäre wenigstens eine Lepraähnlichkeit erreicht. Die Haare werden bei der Fleckenlepra pigmentierter Rassen nicht weifs, sondern fallen aus. Ein Priester, der sich ungefähr nach dieser Definition richtete, traf mit seinem Urteil nicht Lepröse, sondern Menschen, die mit den unschuldigsten Dermatosen (Poliosis circumscripta, Narben, gewissen Formen umschriebener Sklerodermie und Alopecie) behaftet waren; nahm er es aber mit der Definition ganz genau, so wird er selten in der Lage gewesen sein, das Urteil auf Unreinheit (Zaraath) zu stellen.

„Ist der helle Fleck (Bahe- „reth) weifs auf der Leibeshaut, „sieht aber nicht tiefer aus als „die Haut und ihr Haar ist nicht „weifs geworden, so schliefse der „Priester den Nega sieben Tage „ein. Ist nach Ablauf der Zeit „der Nega in seinem Aussehen „stehen geblieben, hat sich nicht „auf der Haut verbreitet, so „schliefse ihn der Priester zum „zweiten Male sieben Tage ein. „Ist bei der Besichtigung am „siebenten Tage der Nega blafs „und hat sich nicht auf der Haut „ausgebreitet, so erkläre er ihn „für rein; er ist Mispachath. „Wenn sich aber die Mispachath „auf der Haut ausbreitet, nachdem „der Kranke dem Priester behufs „Reinsprechung vorgeführt war, „so soll er dem Priester nochmals „gezeigt werden. Wenn dieser „die Ausbreitung bestätigt, soll er „ihn für unrein erklären.“

Helle Flecke ohne Vertiefung und weifse Haare können Fleckenlepra oder Vitiligo gewesen sein. An Trichophytie und Psoriasis ist nicht zu denken, da sonst von Sappachoth (Schuppen) an dieser Stelle die Rede gewesen wäre. Lepröse Flecken dehnen sich überhaupt nicht aus, die Vitiligoflecken ungeheuer langsam. Eine peinliche Einschliefsung bei diesen Krankheiten auf nur 14 Tage hatte also überhaupt keinen Zweck, wenn es lediglich auf Konstatierung einer Vergröfserung ankam; nach 14 Tagen war bei beiden Affektionen noch alles beim Alten. Nun erfolgte also wohl regelmäfsig die Diagnose auf das unschuldige Mispachath; d. h. Lepröse und Vitiligokranke wurden gleichmäfsig für rein erklärt. Nun kommt aber das Beste. Wenn trotz der priesterlichen Diagnose das Mispachath sich erlaubte, nachträglich sich auszubreiten, wurde noch nachträglich die Diagnose auf Zaraath gestellt. Natürlich traf dieses Urteil nur Vitiligokranke. Der grofse Widerspruch mit dem Früheren liegt am Tage. Dort ist Zaraath, wo weifses Haar und Vertiefung ist, hier, wo beides nicht ist, dafür aber lokale Ausbreitung; im ersteren Falle eine in das Belieben des Priesters gestellte, weil nie ganz genau einzuhaltende Diagnose, im letzteren Falle die Diagnose der unschuldigsten aller Dermatosen: Vitiligo. Muench hat also ganz recht mit seiner Behauptung, dafs ein grofser Teil Vitiligokranker in Palästina, wie jetzt noch im asiatischen Rufsland, die Leproserien bevölkerte.

„Ein Mensch wird wegen „Nega Zaraath zum Priester ge- „bracht. Es findet sich eine weifse

In dem „lebenden Fleisch“ sieht Bloch wohl mit Recht Ulceration; in der „weifsen Erhebung“ mit „weifsem Haar“ vermutet er die Knotenlepra.

„Erhebung auf der Haut, die das „Haar in Weifs verwandelt hat „und in der Erhebung ist eine „Stelle lebenden Fleisches; es ist „eine inveterierte Zaraath der „Leibeshaut, eine weitere Beob- „achtung nicht nötig. Blüht die „Zaraath auf der Haut und bedeckt „die ganze Haut des Nega von „Kopf bis Fufs, soweit der Priester „sieht, so spreche er den Nega „rein; ist er ganz in Weifs ver- „wandelt, so ist er rein. Aber am „Tage, da sich lebendes Fleisch „darin zeigt, ist er unrein, es ist „Zaraath. Verwandelt das lebende „Fleisch sich wieder in Weifs, so „erkläre der Priester den Nega „für rein.“

Diese Deutung ist für jeden Leprologen unannehmbar, da darin alles fehlt, was die Knotenlepra kennzeichnet (multiple gelbliche, transparente Knötchen oder konfluierende derbe, grofse, graurote bis braunrote Wülste, an deren Stelle das normalgefärbte Lanugohaar ausfällt) und statt dessen zwei Symptome genannt werden (weifse Erhebung und weifses Haar), die der Lepra vollkommen fremd sind. Nun kommt eine Stelle, die allerdings nicht auf Lepra pafst — denn wo wäre ein Lepröser „ganz in Weifs verwandelt“ —, aber vortrefflich auf das Endstadium der unschuldigen Vitiligo. Erklärt der Dermatologe doch auch heute die Vitiligo für „geheilt“, wenn alles Pigment von der Haut verschwunden ist. Aber auch hier kann man nicht ruhig aufatmen und sich der gewonnenen Klarheit freuen. Eine einzige Ulceration irgendwelcher Art, die natürlich wieder gar nicht zur Vitiligo gehört, genügt, um den Unglücklichen wenigstens zeitweise wieder einzusperren.

Ich glaube, es ist der Aufdeckung des Unsinns in den Versen 2—14 genug, in den man unausbleiblich verfallen mufs, wenn man hier mit Preuss und Bloch die Zaraath der Hauptsache nach für Lepra erklärt. Die Verse 18 u. ff. geben selbst Preuss und Bloch soviel unerklärliche Rätsel auf, dafs sie an deren Lösung verzweifeln. Es ist hier Bloch genau derselbe Vorwurf zu machen und er ist in denselben Fehler verfallen, welchen er Proksch vorwirft (S. 481), dafs dieser nämlich aus einem einzelnen Symptom das Vorhandensein eines komplizierten und systematisierten Symptomenkomplexes erschliefst, wie ihn in vorliegendem Falle die Lepra darbietet. Schon die einfache Angabe der Bibel, dafs ein Nega Zaraath heute rein ist, weil er ganz weifs aussieht, und morgen unrein ist, weil er irgendwo eine Ulceration zeigt, nach deren Abheilung er wieder rein ist, sollte ernsthafte Forscher von der Unmöglichkeit überzeugen, dafs unter Zaraath der Bibel Lepra gemeint sein könne. Denn vor allen anderen ist Lepra eine eminent dauerhafte, chronische Krankheit, die sich spontan fortdauernd steigert. Es wird in der Weltgeschichte nicht vorgekommen sein, dafs ein Lepröser für seine die Lepra stets sehr gut kennende Umgebung heute plötzlich gesund und morgen wieder krank war. Sodann mufs doch jeder darüber erstaunen, dafs das auffallende Zeichen der Lepra, welches dieselbe von Anfang bis zu Ende begleitet, die Anästhesie einzelner Hautbezirke, in der Bibel gar nicht erwähnt wird. Greift doch jeder Arzt, der an seinen Patienten auffallende Flecke findet, zunächst zur Nadel, um die Empfindung der betreffenden Stelle zu prüfen. In Lepragegenden ist dieses Symptom sogar jedem ungebildeten Laien genau bekannt und überall gefürchtet; bei allen Leprösen, die ich untersucht habe — sei es aus Rufsland oder Indien, Nord- oder Südamerika —, war dieses Symptom den Patienten genau nach Ausbreitung und Stärke stets bekannt, ehe sie zur Konsultation kamen, und nach seiner Besserung beurteilten sie am liebsten die Gesamtbesserung ihres Leidens. In wirklich schwierigen Fällen, wo ein einzelner pigmentöser Fleck die Differentialdiagnose Lepra oder Vitiligo nötig macht, ist doch klinisch nur die Empfindungsprüfung mafsgebend. Und nun denke man sich einen altjüdischen Priester, dem die Gewalt der Ächtung zustand, vor einem solchen fraglichen Flecke. Wird er da wohl

den Verdächtigen 14 Tage eingeschlossen oder nicht vielmehr einfach zur Nadel gegriffen haben, wenn es ihm wirklich auf die Diagnose Lepra ankam?

Und weiter, wie erklären Preuss und Bloch die merkwürdige Tatsache, dafs die Priester sich bei der Lepradiagnose mit den subtilsten, sicherlich oft kaum zu findenden Symptomen abquälen, aber die vielen Leprösen mit den gröfsten Entstellungen, den Verunstaltungen von Ohren und Nase, dem Ausfall der Augenbrauen, mit der erschreckenden Leontiasis, mit den auffallendsten Lähmungen und Kontrakturen, mit lepröser Blindheit, mit den fürchterlichsten Mutilationen frei herumlaufen lassen? Denn diese werden ja gar nicht auf „Zaraath" geprüft. Und wie erklärt es Bloch, dafs bei Aufzählung aller Krankheiten, die die Ungehorsamen als Fluch treffen (Buch 5, Kap. 28): Geschwulst, Fieber, Hitze, ägyptische Drüse, Feigwarzen, Grind, Krätze und noch manches andere angeführt wird, nur gerade nicht Zaraath?

Die Gleichsetzung der Zaraath mit Lepra führt aber geradezu ins Grotesk-Komische, wenn der Bibelleser — Bloch schweigt leider darüber — weiterliest und nun im 13. und 14. Kapitel des 3. Buch Mosis die Zaraath der Kleider, der Felle, des Lederwerks und die der Häuser ernsthaft abgehandelt findet. Ja, wenn es da noch hiefse, die Kleider, die Felle und die Wohnung der mit Zaraath Behafteten sind unrein und müssen zerstört werden. Das liefse sich noch hören und man könnte das hygienische Denken der alten Priester hochschätzen. So heifst es aber nicht, sondern an den Fellen und den Mauern der Häuser fahndet der Priester ernsthaft nach einer weiterkriechenden Verfärbung, nach fortkriechenden Grübchen (allerdings nicht nach weifsen Haaren), und nur diese stempelten Kleider, Felle und Häuser zu unreinen Gegenständen. Wer hier noch nicht einsieht, dafs es bei dem furchtbaren Urteil der Zaraath gerade nicht auf wirkliche Krankheiten (wie die wohlbekannte Lepra), sondern auf Diagnosen ankam, die für den Laien viel zu subtil waren und daher ganz dem Ermessen der Priester anheimfielen, dem ist nicht zu helfen. Der Priester konnte aber in jedem Falle den Reichen und Armen, den Knecht und den König ächten oder freisprechen, wie er wollte; fand er eine vertiefte weifse Stelle (z. B. eine Narbe), so hing die Zaraathdiagnose nur noch an einem weifsen Haar, fand er eine pigmentlose Stelle, die nicht vertieft war, so hing sie ab von einer seinem Ermessen anheimgegebenen Vergröfserung usf.

Ich mufs wiederholen, was ich schon früher ausgesprochen, dafs es aufser dem berüchtigten Hexenhammer, in welchem die Strafe der Verbrennung u. a. von der Existenz eines Muttermales als Teufelszeichen abhing, wohl kein so leicht zu mifsbrauchendes und entsetzliches Instrument in den Händen der Geistlichkeit gegeben hat wie die Zaraathkrankheit der Bibel und dafs dieses ihre einzige, also nichtmedizinische Bedeutung ist und war.

Was die Lepra betrifft, so wäre Bloch eine gröfsere persönliche Bekanntschaft mit dieser Krankheit tatsächlich zu wünschen, da vieles, was er von ihr berichtet, übertrieben ist. So heifst es (S. 596): „Den Alten war die Übertragbarkeit des Aussatzes durch die Berührung durchaus bekannt" und (S. 493) „bei der eminenten Kontagiosität des Aussatzes . . . ." Wir wissen heute über den Übertragungsmodus der Lepra von Mensch zu Mensch noch so gut wie gar nichts; nur das eine wissen wir mit Bestimmtheit, dafs die Lepra *auffallend nichtkontagiös* ist und sicherlich *nicht* durch einfache Berührung ansteckt. Wie wäre es sonst erklärbar, dafs seit über 50 Jahren andauernd viele Lepröse in den Hospitälern von Paris und London mitten zwischen allen anderen Kranken liegen und daselbst noch kein Fall von Ansteckung beobachtet ist — oder dafs ebensolange alle Leprösen Norwegens nach Bergen geschafft wurden, wo jedenfalls früher keine nennenswerte Isolierung bestand

(DANIELSEN[1] erzählte mir 1884, daſs es sogar vorgekommen sei, daſs im St. Jürgens-Stift Lepröse als Köche fungiert hätten), ohne daſs in Bergen neue Leprafälle auftauchten — oder, um ein BLOCH näherliegendes Beispiel zu nennen, daſs, wie PLINIUS mitteilt, die Lepra von Soldaten des Pompejus nach Rom verschleppt wurde (S. 634), aber in Italien trotz der guten Gelegenheit zur Ansteckung, die BLOCH ja selbst so anschaulich schildert, bald erloschen sei.

Die Breite dieses Lepraexkurses erscheint vielleicht manchem überflüssig, zumal da der entsprechende Lepraexkurs von BLOCH auch nur daraus seine Existenzberechtigung herleitet, daſs FINALY sicher und PROKSCH möglicherweise Zaraath mit Syphilis identifizieren. Aber das Werk von BLOCH ist zu bedeutend und voraussichtlich nachhaltig wirksam, um diesen Exkurs einfach zu übergehen, da er die ohnehin falschen Ansichten der meisten Ärzte über Lepra verewigen hilft.

Eine ähnlich lose Verbindung mit der Syphilis besitzt ein darauf folgender, interessanter Exkurs über die Sage von den indischen Giftmädchen, die mit der freundlichen Absicht verschenkt worden sein sollen, das ihnen beigebrachte Gift auf einen Mann durch den geschlechtlichen Akt zu übertragen.

Aus dem ungeheuer reichhaltigen achten Kapitel, welches die Pseudosyphilis im klassischen Altertum behandelt, möchte ich nur drei Punkte noch berühren, welche alte, vielumstrittene Dinge in eine neue und entschieden bessere Beleuchtung rücken. Zunächst die berüchtigte griechische Knabenliebe, die hier in einem ethisch viel reineren Lichte erscheint und mit der späteren römischen überhaupt keinen Vergleich zuläſst. Sodann die bisher so dunkle *θήλεια νοῦσος*, die „weibische Krankheit" der Scythen beim HERODOT. Es handelt sich um Männer, die durch anhaltendes Reiten nicht bloſs impotent geworden, was auch anderswo vorkommt, sondern einen ganz weiblichen Habitus angenommen haben. In sehr geschickter Weise benutzt BLOCH einesteils die vorliegenden Erfahrungen über Hodenatrophie nach Fall auf den Kopf, Verletzungen des Schädels und der Wirbelsäule (ENGLISCH) und nachfolgende Effemination, anderenteils die interessanten Untersuchungen von HAMMOND (1882) über die Mujerados, d. h. die künstlich zu Weibern gemachten Männer bei den Pueblo-Indianern in Neu-Mexico, die wie seinerzeit die Scythen in ihrem ganzen Leben nicht vom Rücken des Pferdes herunterkommen. Diese Mujerados, welche bei den religiösen Festen eine Rolle spielen, werden durch Masturbation und exzessives Reiten ihrer Mannheit beraubt, worauf sie ganz weiblichen Habitus annehmen und sich den Frauen zugesellen, in der Tat eine vollkommene Parallele zur *θήλεια νοῦσος* der Scythen bei HERODOT.

Endlich möchte ich BLOCHs Beurteilung der Mentagraepidemie hervorheben, die unter Tiberius aus Asien nach Rom eingeschleppt, sich in Italien hauptsächlich nur bei den Vornehmen, und zwar nur bei Männern, verbreitete; Frauen, Sklaven und die unteren Stände blieben verschont. Es handelte sich um eine schuppige Flechte, die sich über den unteren Teil des Gesichtes und eventuell noch über Hals, Brust und Hände ausbreitete, sehr hartnäckig war und gewöhnlich, nach kaustischer Behandlung, Narben zurücklieſs. BLOCH schlieſst, natürlich mit Recht, Syphilis aus und denkt an eine Art Trichophytia profunda. Eine solche würde allerdings das Krankheitsbild, welches PLINIUS und KRITON, Leibarzt des Trajan, geben, hinreichend erklären. Da nun zur selben Zeit in Rom bei Hofe die offizielle Sitte des Küssens der Vornehmen auftrat, wogegen Tiberius ein Verbot erlieſs, vermutet BLOCH, daſs die Übersiedlung des Tiberius von Rom nach Capri durch eine Erkrankung desselben an Mentagra

[1] DANIELSEN, der groſse Leprakenner, glaubte bekanntlich überhaupt nicht an die Übertragbarkeit.

veranlaſst worden sei und daſs die rasche Ausbreitung dieser Krankheit bei den Vornehmen mit der neuen Kuſssitte zusammenhänge. Ich möchte hierbei zu bedenken geben, daſs heutzutage Trichophytien des Bartes nicht durch Küsse, sondern durch Rasieren übertragen zu werden pflegen. Ich möchte daher mir die Übertragung des Mentagra auch so denken und vermute, daſs die offizielle Kuſssitte die Herren bei Hofe und nur diese veranlaſste, sich mehr als sonst rasieren zu lassen, und daſs das Schabemesser wie heute noch die Krankheit von einem zum anderen verbreitete. Hätten Küsse hauptsächlich das Mentagra übertragen, so wären wahrscheinlich Frauen und Sklaven nicht von demselben verschont geblieben.

Nachdem Bloch noch in einem sehr inhaltreichen Kapitel die gesamte Venerologie der Alten, soweit sie aus ihren Schriften deutlich nachweisbar ist, kritisch gemustert und geordnet hat, kommt er schlieſslich zu dem Resultat, daſs ihnen lediglich lokale venerische Übel, nämlich Gonorrhoe, verschiedenartige Ulcera, darunter Ulcera mollia, serpiginosa und phagedaenica, sodann spitze Kondylome, Bubonen und sehr viele pseudosyphilitische Affektionen der Genitalien, des Anus, der Haut und der Schleimhäute bekannt waren, die Syphilis aber nicht. Zwei vielzitierte Stellen, von denen die eine Gaumendefekte, die andere angeborene Hautausschläge behandelt, erklären sich nach Bloch besser durch Annahme von Tuberkulose im ersten, von kongenitalen Dermatosen (Pemphigus, Varicellen usw.) im zweiten Falle.

Im ganzen muſs man sagen, daſs das überaus gehaltreiche Buch jedem Leser viele neue Anregungen und Aufschlüsse geben wird, daſs sein Hauptwert aber in der kritischen und zugleich systematischen Bearbeitung der gesamten antiken Venerologie liegt und daſs es in dieser Beziehung stets als Nachschlagewerk an erster Stelle stehen wird.

P. G. Unna.

Traitement de la lèpre. Nécessité de créer des hopitaux pour lépreux, von Engel Bey. (Meisenbach, Riffarth & Co., München, 1910.) Im 49. Band *dieser Zeitschrift* hatte Engel die anläſslich der II. Leprakonferenz verfaſsten Arbeiten: „Zum heutigen Stand der Leprafrage in Ägypten“ und „Zur Behandlung der Lepra mit Antileprol“ einem gröſseren Kreis vorgelegt. Vorliegender amtlicher Bericht ist eine willkommene Ergänzung der Engelschen Auslassungen; er gipfelt in der dringlichen Forderung nach einem Leprahospital, dessen Baupläne mit abgedruckt werden. Eine Fülle sehr klarer Photographien Lepröser beweist die groſse Erfahrung des Autors. Äuſserst eingenommen ist Engel von der therapeutischen Bedeutung des Antileprol, eines gereinigten Chaulmoograöles, über welches er lebhaft und anregend sich äuſsert. Über das Nastin konnte er nur geringe Erfahrungen sammeln.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Das Geschlechtsleben des Menschen, von Gerhard Hahn-Breslau. (Joh. Ambrosius Barth, Leipzig, 1911.) Die letzten Jahre haben eine Hochflut von populären Schriften und Flugblättern über dieses Thema gebracht, welche nicht immer eine wissenschaftliche Bearbeitung aufweisen und oft den Ausschluſs aller sinnlich erregenden Momente in der Darstellung vermissen lassen. Es ist deshalb dem Verfasser als Verdienst anzurechnen, daſs er in vollständig objektiver Weise und nur auf Grund naturwissenschaftlicher Tatsachen, und trotzdem in angenehmen, gemeinverständlichen Schilderungen die Frage bearbeitet hat. Aus dem Geleitwort, das Blaschko diesem Werkchen mitgegeben hat, mögen folgende Sätze wiedergegeben werden, welche den Wert des Schriftchens kennzeichnen: „Zwischen den groſsen Werken von Forel, Bloch, Ellis u. a. und den kleinen Flugschriften, welche doch nur das erste Interesse an diesen Fragen zu erwecken imstande sind, nimmt es die Mitte ein. In wissenschaftlicher, ernster und doch volkstümlicher Sprache gehalten, sucht es den Leser

mit allen den wichtigen Problemen bekannt zu machen, die das Geschlechtsleben in seinen natürlichen Grundlagen und in seinen vielseitigen Beziehungen zu Medizin und Hygiene, sowie zu den verschiedentlichsten gesellschaftlichen und pädagogischen Fragen in sich birgt." *Gunsett-Strafsburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Zur Frage der Affen- und Kaninchensyphilis, von E. Hoffmann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 21.) Verfasser wendet sich gegen die Grouvenschen Auslassungen (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 17) zu diesem Thema und auch gegen Publikationen von Uhlenhuth und Mulzer. Es handelt sich dabei teils um Prioritätsrechte, teils um die Deutung einiger bei der experimentellen Syphilisierung an Tieren beobachteter pathologischer Prozesse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur subcutanen Syphilisimpfung niederer Affenarten (sekundäre Erscheinungen), von G. Baermann-Petoemboekau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 30.) Auf folgende Weise ist Verfasser zu positiven Resultaten gelangt: An frische spirochätenreiche Primäraffekte und breite Kondylome wurden Blutegel angesetzt und bis zum spontanen Abfall belassen. Der vollgesogene Egel wurde quer durchschnitten, und das die Spirochäten in gröfserer Anzahl enthaltende Blut wurde sowohl für die gewöhnliche, cutane Impfung an den Augenbrauen als auch zur intravenösen und zur subcutanen Impfung verwendet. Die intravenöse Übertragung blieb völlig resultatlos; dagegen lieferte die subcutane Impfung bei zwei von zwölf Tieren deutliche Hautläsionen in Form von linsen- bis bohnengrofsen makulopapulösen Effloreszenzen, von denen spirochätenhaltiges Reizserum gewonnen wurde. Die cutane Weiterverimpfung von exzidierten Stückchen dieser Papeln auf andere Affen war wiederum in zwei Fällen von einem positiven Ergebnis begleitet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Serodiagnostik der Syphilis und ihren Wert für die Praxis, von Felix Heller. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1908.) *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Serodiagnostik der Syphilis, von Wilhelm Hancken. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Serodiagnostik der Lues, von Rolf Schonnefeld. (Inaug.-Dissert. Bonn 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Die Wassermannsche Reaktion in der Sprechstunde, von Steyerthal. (*Fortschr. d. Med.* 1911. Nr. 6.) Verfasser schildert die Noguchi-v. Dungernsche Modifikation, zu der die Firma E. Merck-Darmstadt die Bestecke liefert. Seine Resultate sind befriedigend; ob dieselbe die Originalmethode ersetzen kann, dazu reichen seine Erfahrungen nicht aus. *Haas-Hamburg.*

Beitrag zur Frage des praktischen Wertes der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von Gavini. (*Il Policlinico* Bd. 18, Nr. 2.) Es besteht ein sicherer Zusammenhang zwischen Serodiagnose und Therapie der Syphilis; mit dem Fortschreiten der Behandlung und der Verminderung der Erscheinungen wird die Reaktion allmählich schwächer und schliefslich negativ. Die Rückkehr der positiven Reaktion geht vorher oder begleitet die Rezidive. In sehr malignen Fällen bleibt sie positiv. —

Bei intensiver Reaktion und im allgemeinen auch bei mittlerer ist die Diagnose auf Lues bestimmt, bei schwacher Reaktion mufs Anamnese und Klinik mithelfen, negative schliefst Lues nicht aus. *Haas-Hamburg.*

Die Verwendung der WASSERMANNschen Reaktion vom quantitativen Standpunkte aus, von B. KLEIN-London. (*Lancet.* 7. Mai 1910.) Verfasser hat nach einem Verfahren gesucht, um den Grad der Syphilisierung eines gegebenen Patienten an der Intensität der Serumreaktion zu messen. Er hat dabei nach zwei Methoden gearbeitet: bei der einen wurde der Grad der Positivität durch Feststellung der Menge des dabei zur Resorption gelangenden Komplementes ermittelt, bei der zweiten Methode bestimmte K. die Positivität durch Feststellung des höchsten Verdünnungsgrades des Serums, welcher noch zu einer positiven Reaktion genügte. Diese B-Methode hat sich als die empfindlichere erwiesen; sie erfordert auch nur ein geringeres Quantum Blut, und die Rubrizierung in Zahlen, wie Verdünnung 1 : 20 oder 1 : 30 usw. ist einfach und für jedermann verständlich. Die Beobachtung einer gröfseren Reihe von Patienten in antisyphilitischer Behandlung liefs in manchen Fällen eine deutliche Abnahme der Virulenz erkennen. Wegen der technischen Einzelheiten mufs auf das Original verwiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Einflufs der Temperatur auf die WASSERMANNsche Syphilisreaktion, von H. GUGGENHEIMER-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 26.) Die Beobachtung JACOBSTHALS, dafs die WASSERMANNsche Reaktion weit schärfer ausfallen kann, wenn man die erste Phase des Prozesses nicht im Brutschrank, sondern im Eisschrank vor sich gehen läfst, hat G. an einer gröfseren Reihe von Seris nach verschiedenen Richtungen hin nachgeprüft und zum Teil bestätigt gefunden. Von den 623 untersuchten Seris reagierten 534 übereinstimmend, d. h. sowohl bei Ablauf der ersten Phase im Brutschrank als auch in der Kälte (Abkühlen bis auf 0° durch Einsetzen in ein Gefäfs mit kleingeschlagenem Eis) entweder negativ oder gleich stark positiv. Verschiedenheiten der Reaktion zeigten 89 Proben; 69 zeigten nur quantitative Differenzen, während bei 20 das Endresultat bei dem einen Verfahren positiv, beim anderen negativ ausfiel. Als ein besonders beachtenswertes Moment ist aber der Umstand hervorzuheben, dafs die Differenzen durchaus nicht immer im Sinne einer stärkeren Reaktion bei Ausführung der Kältemethode ausfielen, vielmehr reagierte ein Teil der Fälle bei Ablauf der ersten Phase im Brutschrank stärker als in der Kälte. Es wird also noch weiterer Untersuchungen bedürfen, um in dieser Frage Klarheit zu schaffen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Untersuchungen über den praktischen Wert der sogenannten WASSERMANNschen Syphilisreaktion in der Modifikation von M. STERN, von HERMANN GUNZENHÄUSER. (Inaug.-Dissert.) Die STERNsche Methode ist nach den Erfahrungen des Verfassers wohl eine wertvolle Ergänzung der ursprünglichen WASSERMANNschen Methode. Sie ist aber nicht als deren Ersatz anwendbar, sondern nur neben ihr und ist deshalb nicht als Vereinfachung zu bezeichnen. *Fritz Loeb-München.*

Die STERNsche Modifikation an 600 Seren im Vergleich zur WASSERMANNschen Syphilisreaktion, von MAX WEICHERT-Chemnitz. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 16.) Es wurde nie ein negativer Ausfall der STERNschen Modifikation gegenüber positiver WASSERMANNscher Reaktion gesehen, positiver Ausfall der STERNschen Modifikation gegenüber negativer WASSERMANNscher Reaktion nur bei vorhandener oder vorhanden gewesener Lues. Unspezifische Hemmungen wurden nicht beobachtet und Verfasser erachtet die Modifikation mit vollem Recht als eine Verfeinerung der WASSERMANNschen Reaktion, die allerdings nur neben der letzteren angewendet werden soll. Zur Technik der Feststellung der erforderlichen Extraktmenge für den STERNschen Versuch werden neue Angaben gemacht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Hundert Untersuchungen mit der v. Dungern-Hirschfeldschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von J. Kahn - Magdeburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 16.) Verfasser konnte die günstigen, d. h. mit der Originalmethode übereinstimmenden Resultate, über die Kepinow und Steinitz berichteten, nicht erzielen. Der schwächste Punkt der Methode ist der, dafs die Lösung der Blutkörperchen sehr langsam und unvollkommen vor sich geht, so dafs man, wenn dieses in den Kontrollröhrchen der Fall ist, das Resultat nicht ablesen kann. So hatten von 100 Kontrollröhrchen 37 mehr oder weniger gehemmt. Die Ablesung konnte erst in 12 bis 20 Stunden erfolgen, da in der in der Vorschrift angegebenen Zeit nie Lösung beobachtet wurde. Übereinstimmung mit Wassermannscher und Sternscher Methode fand Verfasser nur in 43 Fällen, entgegengesetzten Ausfall in 26 Fällen; nicht ablesbar waren 19 Fälle. Die Dungernsche Methode kann zu bedenklichen Fehlschlüssen führen. Von einem „Ersatz“ der ursprünglichen Methode mufs man mit Recht verlangen, dafs sie mit derselben fast völlige Übereinstimmung zeigt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Vergleiche über den relativen Wert der verschiedenen Methoden der antisyphilitischen Behandlung im Lichte der Wassermannschen Reaktion und der klinischen Beobachtung, von C. Gibbs und H. W. Bayly-London. (*Lancet.* 7. Mai 1910.) In dieser vorläufigen Mitteilung berichten Verfasser über Beobachtungen an einer Serie von 231 Syphilisfällen, welche nach verschiedenen Methoden behandelt wurden, wobei als Mafsstab für den therapeutischen Effekt das Verhalten der Serumreaktion in Anwendung kam. Die Behandlungsarten umfafsten die Darreichung von Quecksilberpillen (138 Fälle), von Kalomelinjektionen, Schmierkur, Suppositorien, Jodkalium und Arylarsonaten. Soweit die noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen erkennen lassen, ist daraus zu entnehmen, dafs die Schmierkur am schnellsten wirkt, während die Kalomelinjektionen an zweiter Stelle stehen, und die Behandlung mit Pillen und die mit Suppositorien um ein ganz erhebliches langsamer wirkt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Einflufs chemisch wirkender Strahlen auf luetische Erscheinungen, von M. Schein - Budapest. (*Bör-és Bujakórtan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1911. Nr. 2.) Die chemisch wirkenden Lichtstrahlen rufen nicht nur eine Involution des vorhandenen luetischen Exanthems hervor, sondern sie können auch das Auftreten des Exanthems verhindern. Infolge eines Zufalles hatte Verfasser Gelegenheit dies zu beobachten. Den Rumpf einer Patientin bedeckte ein dichter maculo-papulöser Ausschlag, der nur bis zur Nabelgegend reichte und vom Nabel abwärts die Bauchhaut frei liefs. Patientin hatte zehn elektrische Bäder — das Licht der Glühlampen — gegen Adnextumoren gebraucht, um das Exsudat zum Verschwinden zu bringen, doch das Licht der Glühlampen erreichte nur die Bauchhaut bzw. die untere Hälfte des Bauches. Als sich die 30jährige Frau meldete, erzählte sie, sie hätte schon zur Zeit, als sie die elektrischen Lichtbäder bekommen hat, einen Ausschlag gehabt, der als Urticaria angesehen wurde. Der Rumpf, die Gliedmafsen, der seitliche Teil des Halses der Nacken waren mit typischem maculo-papulösem Ausschlag bedeckt. Die linsengrofsen, ein wenig bräunlich pigmentierten Papeln bildeten ein scharf umschriebenes Infiltrat. Auf der Bauchhaut hörte der Ausschlag in der Höhe einer wagerechten, durch den Nabel gezogenen Linie auf und fehlte bis zur Schenkelbeuge. Sklerose fand Verfasser nicht, dagegen auf dem Halse Adenitis. Nach sechswöchentlicher Schmierkur bildeten sich die Papeln vollkommen zurück. Später konnte auf dem Nacken dicht angeordnetes Leukoderma syphiliticum konstatiert werden. Die Bauchhaut ist stärker pigmentiert als jene Hautteile, die vom Licht nicht beschienen worden sind. Infolge der Lichteinwirkung erweiterten sich die Venen, die Zirkulation wurde lebhafter, sämtliche Gewebselemente wurden besser genährt und leisteten daher einen

gröfseren Widerstand gegen die Krankenerreger. Oder das Licht wirkte direkt auf die Hautzellen, gestaltete ihren Mechanismus lebhafter und hatte die natürlichen Bedingungen der übrigens mangelhaften Gewebsimmunität zur Folge. Es ist möglich, dafs beide Faktoren mitgewirkt haben. Auch die Röntgenstrahlen machen die Haut gegen allerlei Infektionen widerstandsfähiger. Akne, Folliculitis, Furunkulosis hören auf Stellen, die von den Strahlen getroffen worden sind, in vielen Fällen ganz auf. In des Verfassers Fall erwies sich das Licht für sehr geeignet zur symptomatischen Heilung bzw. zur Vereitelung der Symptome. *Porosz-Budapest.*

Über intensive Quecksilberbehandlung der Syphilis, von Lucien Jacquet. (*Bull. méd.* 1911. S. 386.) J. glaubt, dafs aus dem Quecksilber noch nicht alle Heilpotenzen herausgeholt seien. Er gibt deshalb durch fünf Tage täglich: zwei Pillen à 0,05 Protojoduret, ein Klistier mit 20,0 Liquor Van Swieten, eine Einreibung mit 2,0 Ungt. cin. und eine Injektion von 0,01 Hg bijod. Darauf folgt eine Pause von 5—15 Tagen und dann wird dieser Turnus, im ganzen drei- bis fünfmal, wiederholt. Mit dieser Methode will J. bei 80 Patienten in den verschiedenen Stadien der Syphilis ausgezeichnete Erfolge gehabt haben. Er bezieht diese auf die grofse Menge Hg, auf die Verwendung verschiedener Präparate gleichzeitig und auf die Inanspruchnahme aller Resorptionswege auf einmal. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Behandlung der Syphilis mit Asurol, von Eduard Bäumer-Berlin. (*Therap. d. Gegenw.* Okt. 1910.) Verfasser verwendet jetzt nur noch die 10%ige Lösung, von der er bei der ersten Injektion drei Teilstriche der 2 ccm fassenden Spritze gibt, dann jedesmal, etwa alle drei bis vier Tage, fünf Teilstriche und im ganzen mindestens 15 Injektionen. Er sieht dann nicht so früh wie bei Verwendung der 5%igen Lösung Rezidive. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von reinstem metallischen Quecksilber, von M. Serrano und Alvarez Sáinz de Aja. (*Rev. clin. de Madrid.* 1911. Nr. 8.) Im Anschlufs an ihren (bereits referierten) ersten Artikel über dieses Thema teilen die Verfasser einige Krankengeschichten mit. Gewöhnlich wurden ungefähr 14 cg metallischen Quecksilbers injiziert. Die Injektionen sind schmerzlos, es bilden sich weder Abscesse noch Infiltrate. Zwischen zwei Injektionen sollen ebensoviel Tage vergehen als Zentigramme Quecksilber injiziert wurden. Die Wirkung scheint ähnlich derjenigen des grauen Öls zu sein, im Gegensatz hierzu aber schmerzlos. *Gunsett-Strafsburg.*

Über intravenöse Einspritzungen von Quecksilbersalzen bei schweren Syphilisfällen und ihre Vergleichung mit den anderen intensiven Behandlungsmethoden, von Edouard Vauzelles. (*Thèse de Paris.* 1910. Nr. 211.) Kommt zu einer Empfehlung der Methode, die vor anderen Vorzüge hat. *Fritz Loeb-München.*

Quecksilber-guajacol-ortho-sulfonat bei der Behandlung der Syphilis, von Horand. (*Lyon méd.* 1911. S. 689) Von diesem Mittel werden in allen Stadien der Syphilis entweder subcutan, oder als Tabletten oder Tropfen jeden zweiten Tag Dosen verabfolgt, die 0,02—0,04 metallischem Hg entsprechen. Es soll stets prompt wirken, auch in Fällen von Hg-Intoleranz, ja sogar in einem Falle, wo Salvarsan versagte. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Kollargol bei Syphilis, von Stonkus. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 23.) Verfasser hat die merkwürdige Beobachtung gemacht, dafs es gelingt durch intravenöse Kollargoleinspritzungen (2%ige Lösung) verschiedene Erscheinungen der sekundären und tertiären Periode zum Schwinden zu bringen wie Papeln, Pusteln und Gummi, während Sklerosen und Roseola weniger günstig beeinflufst wurden. Nach der intravenösen Kollargoleinspritzung tritt dasselbe, wie nach der Salvarsaneinspritzung in

die Vene ein, nämlich Schüttelfrost, Temperatursteigerung und die HERXHEIMERsche Reaktion. Am folgenden Tage fühlen sich die Kranken gut.

Arthur Jordan-Moskau.

Das Hektin und Hektargyr in der Therapie der Syphilis, von FRANCESCO MAZZINI-Bologna. (*Gazz. intern. di Med., Chir., Igiene, Int. Prof., Napoli.* 1911. Nr. 13.) Die Präparate wurden in 20 Fällen mit aufserordentlich gutem Erfolge gegeben. Die Primär- und Sekundärläsionen verschwanden immer mit grofser Schnelligkeit, auch solche, welche der gewöhnlichen Quecksilbertherapie Widerstand leisten, wie hypertrophische Schleimhautpapeln. Auch in der Tertiärsyphilis war das Hektin äufserst wirksam. Die besten Resultate wurden in Fällen erzielt, wo der Allgemeinzustand der Patienten zu wünschen übrig liefs. *Gunsett-Strafsburg.*

Über das „Anogon", ein neues Antisyphiliticum, von E. PERREPSON. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1911. S. 152.) Anogon ist ein dem Sozojodolquecksilber ähnliches unlösliches Präparat und kommt als Suspension in Olivenöl in den Handel. Verfasser hat eine Reihe von Patienten mit diesem Mittel behandelt, und zwar wurde 0,1 pro dos. iniziert. Die Wirkung auf die syphilitischen Erscheinungen war prompt, dabei ist das Mittel schmerzlos und erzeugte nie üble Nebenwirkungen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Natrium cacodylicum bei Syphilis, von J. H. LONG-East Moline. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 1.) Kasuistik. Das Mittel erwies sich als erfolglos, so dafs in jedem Falle eine Quecksilber- bzw. Jodkur angewandt werden mufste.

Schourp-Danzig.

Die organischen Arsenpräparate in der Syphilistherapie, von ARMAND GAUTIER. (*Bull. méd.* 1910. S. 1077.) G. weist darauf hin, dafs er bereits vor langer Zeit organische Arsenpräparate in die Syphilistherapie eingeführt habe. Mit Salvarsan sei daher nur ein neues Präparat, keine neue Behandlungsweise eingeführt worden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Organische Arsenpräparate und Syphilis, von DANLOS. (*Bull. méd.* 1910. S. 1097.) Prioritätsanspruch gegenüber GAUTIER (siehe *Bull. méd.* 1910, S. 1077).

Richard Frühwald-Leipzig.

Salvarsan bei Syphilis, von C. ANTHONY-Neapel. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1911.) Es wird kurz über sehr befriedigende Resultate nach der Injektion von 0,5 Salvarsan berichtet bei zwei Patienten, von denen der eine auch an luetischer Glykosurie litt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mit Salvarsan ambulant behandelte Fälle, von L. AUSTERVEIL-Arad. (*Orvosi Hetilap.* 1911. Nr. 19.) Von 77 ambulant behandelten Fällen nahm Verfasser an 20 Patienten 29 mal in der gröfseren Hälfte der Fälle eine intravenöse Injektion von Salvarsan vor. Die intravenöse Injektion kann auch ambulant ohne jede Gefahr gegeben werden. Der Patient mufs gleich nach der Injektion in Begleitung des Arztes im Wagen nach Hause gebracht werden. In den ersten drei bis vier Stunden mufs der Arzt den Pulsschlag und die Herztätigkeit genau beobachten. Es mufs ihm ein gutes Cardiacum zur Verfügung stehen, um im Bedarfsfalle rasch eine subcutane Einspritzung machen zu können. Bei diesen 29 intravenösen Injektionen brauchte Verfasser nicht ein einziges Mal ein Herzmittel zu geben, weil weder Kollaps, noch Symptome einer Herzschwäche aufgetreten sind. $1/2$ bis $3/4$ Stunde nach der Operation tritt häufiges Frösteln, später auf den ganzen Körper sich erstreckendes Zittern und Schüttelfrost auf, die Temperatur steigt bis 38,8—39—40°, Kopfschmerzen, Schwindel, Durstgefühl, Erbrechen und Diarrhoe stellen sich ein, aber diese unangenehmen Symptome treten nicht in allen Fällen auf, manchmal ist kein Erbrechen, manchmal keine Diarrhoe vorhanden. Temperaturerhöhung trat in allen Fällen auf, der Puls wird

anfangs langsam und weich, fällt auf 60, sogar 55 und wird dann später wieder rasch (120 oder noch mehr in einer Minute). Nach der allgemeinen Reaktion stellt sich ein vier-, fünf- bis sechsstündiger Schlaf ein. Am nächsten Tage fühlen sich die Patienten schon wohl, am dritten oder vierten Tage können sie schon ihrer Beschäftigung nachgehen. Einmal trat Urticaria, herpesartiger, dem Serumexanthem ähnlicher Ausschlag um den Mund herum, auf den Lippen, auf der Zunge 36 Stunden nach der Infusion auf. Bei zehn Patienten nahm Verfasser sieben bis zehn Tage später eine zweite intravenöse Injektion vor. Auch diese hatte keine schwerere allgemeine Reaktion zur Folge. Verfasser spritzte Frauen 30, Männern 40 (oder mehr) Zentigramm Salvarsan in alkalischer Lösung ein, von 15 %iger Natronlauge benötigt man 10 cg, um eine hellreine, grünlich-gelbe Lösung zu bekommen. 66 Patienten gab Verfasser mit neutralisierter Emulsion eine subcutane Injektion, nach den Weisungen WECHSELMANNS. Gangrän sah er in keinem einzigen Falle. An der Stelle des Einstiches entsteht ein konsistentes Infiltrat, das zwei Monate oder auch länger anhält. Salvarsan war auf Syphilismanifestationen jeden Stadiums von vortrefflicher Wirkung und kann mit der bisherigen Quecksilber-, Jod- oder einer anderen Behandlung bezüglich der Sicherheit, Schnelligkeit und Exaktheit nicht verglichen werden. Verfasser behandelte 65 Männer, 10 Frauen, 2 Kinder, zusammen 77 Fälle. *Porosz-Budapest.*

Die Salvarsanbehandlung in der Hand des praktischen Arztes, von v. STOKAR-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 24.) Die intravenöse Methode der Darreichung des Salvarsans ist nach der (von sehr vielen anderen Autoren auch geteilten) Ansicht des Verfassers entschieden allen anderen vorzuziehen, und die technischen Schwierigkeiten kann auch der Durchschnittsarzt überwinden, wenn auch bei den ersten Versuchen mit Bestimmtheit auf Mifserfolge gerechnet werden mufs. Verfasser gibt nie mehr als 0,4 bei Männern und 0,3 bei Frauen; bei Erkrankungen des Kreislaufsystems oder der Nerven pflegt er zunächst versuchsweise 0,1 zu injizieren und bei günstigem Verlauf nach vier bis fünf Tagen 0,2 oder 0,3. Er tritt auch entschieden für eine Kombination von Salvarsan und Quecksilber bei der Mehrzahl aller Fälle ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Welche Stellung gebührt dem Salvarsan in der Syphilistherapie? von G. STÜMPKE-Hannover. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 17.) Der Standpunkt des Verfassers weicht von dem jetzt üblichen kaum ab. Für das refraktäre Verhalten vieler Exantheme, die mangelhafte Rückbildung der diffusen Drüsenschwellungen und die mäfsige Beeinflussung der Augensyphilis durch Salvarsan werden eigene Belege angeführt, ebenso für die günstige Beeinflussung der WASSERMANNschen Reaktion.

Arthur Schucht-Danzig.

Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie, von A. G. RYTINA-Baltimore. (*New York med. Journ.* 29. April 1911.) Ohne Angabe eigener Fälle fafst R. seine Erfahrungen und die Literaturberichte folgendermafsen zusammen: 1. Das Salvarsan hat einen wunderbaren symptomatischen Einflufs; eine Injektion ist gleichwertig einer wenigstens vier- bis fünfmonatlichen kombinierten Quecksilber-Jodbehandlung. 2. Die intravenöse Injektion ist völlig gefahrlos, verursacht weder Schmerz noch Komplikationen und gibt bessere Resultate als die subcutanen oder intramuskulären Methoden; sie bringt oft syphilitische Herde, die hohen Quecksilber- und Jodkaliumdosen getrotzt haben, zur Heilung. 3. In Anbetracht der wunderbar spirilloiden Wirkung des Salvarsans wird Syphilis in Zukunft weniger vorherrschend und weniger Neigung zu Tertiärerscheinungen und Parasyphilis vorhanden sein, wenn man sich der geeigneten Behandlungsmethoden versichert hat. Ob dies die „chemische“ Injektionsbehandlung nach KROMAYER, die kombinierte Methode nach IVERSEN, die dreifache intravenöse WEINTRAUDsche Methode, die alle 14 Tage vorgenommenen In-

jektionen, so lange die WASSERMANNsche Reaktion vorhanden ist oder die Verstärkung der Injektionen durch Quecksilber- und Jodkaliumkuren (auf $^1/_2$—2 Jahre) sind, kann nur die Zukunft lehren. *Stern-München.*

Eine Analyse der klinischen und serologischen Resultate, welche bei der Behandlung von 175 Syphilisfällen mit Salvarsan erzielt wurden, von JOHN A. FORDYCE-New York. (*New York med. Journ.* 6. Mai 1911.) F. wurde im Verlaufe seiner weiteren Versuche in seinem anfangs so günstigen Urteile über das Salvarsan nur noch mehr bestärkt und er faſst nun seine elfmonatlichen Erfahrungen, die 5 Fälle primärer, 9 primär-sekundärer, 40 sekundärer Frühsyphilis, 25 latenter Sekundär-, 41 tertiärer Syphilis, 8 latenter, 38 Fälle von Para- und 9 hereditärer Syphilis umfassen, im folgenden zusammen. Im primären und sekundären Stadium der Krankheit sind zwei Dosen Salvarsan, mit Quecksilberbehandlung kombiniert, imstande, die Dauer der Krankheit abzukürzen. Das Salvarsan verkürzt sicher das Ansteckungsstadium der Infektion und in bösartigen Fällen ist seine Wirkung eine geradezu wunderbare, es verursacht rasche Heilung vorhandener Läsionen, erhöht des Patienten Appetit und verbessert den allgemeinen Ernährungszustand. So paradox es auch klingen mag, so ist es trotzdem wahr, daſs, je ernster der Fall, je kachektischer der der Patient, um so wirksamer das Salvarsan ist. Nach einem nun 30jährigen Studium der Syphilis kann F. ohne Übertreibung erklären, daſs er mit Salvarsan raschere und bessere Resultate erzielt hat, als je mit den früheren klassischen Methoden. F. empfiehlt daher bei primärer und im Frühstadium sekundärer Syphilis folgende Methoden: intravenöse Injektion, gefolgt von Quecksilbereinreibung oder Injektion vier bis sechs Wochen hindurch, dann zweite intravenöse Salvarsaninjektion und wieder Quecksilberbehandlung. Nun Ruhepause auf ein Monat und WASSERMANN-Reaktion; ist letztere negativ, nach einem bis zwei Monaten Wiederholung derselben. Solange sie negativ bleibt, keine Behandlung; erst, wenn sie wieder positiv wird, dritte intravenöse Salvarsaninjektion mit nachfolgender Quecksilberkur. Sollte die Reaktion nach der ersten Salvarsaninjektion schon negativ sein und bleiben, so ist immerhin wegen der Möglichkeit einer unvollständigen Sterilisierung des Organismus noch eine zweite Injektion angezeigt. Für die späten Sekundär- und ebenso die Tertiärerscheinungen kann F. auch keine bessere Art der Behandlung wie die eben skizzierte empfehlen, nachdem es feststeht, daſs die Mehrzahl der Syphilitiker ungenügend behandelt und ihre Behandlung durch die Serumreaktion nicht genügend kontrolliert wird. Das Ziel jeder Behandlung sei eine ausgesprochene negative WASSERMANNsche Reaktion, welche wenigstens ein Jahr lang so bleibt. *Stern-München.*

Zur Salvarsanfrage, von A. STÜHMER-Magdeburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 17.) In erster Linie hebt Verfasser in dieser Besprechung mit vollem Recht hervor, daſs es vollständig ungerechtfertigt ist zu erklären, der von EHRLICH angestrebte Versuch einer Therapia sterilisans magna der Syphilis mittels des Salvarsans sei als miſslungen abgetan. Dieses Ziel läſst sich, wie jetzt wohl einem jeden klar sein dürfte, nur auf dem Wege der intravenösen Einverleibung des Mittels erreichen; die überwältigende Mehrzahl aller Injektionen sind aber intramuskulär oder subcutan gegeben worden, was ja eine unendlich viel langsamere Wirkung des Mittels zur Folge hat. Ferner sind die bisher beim Menschen endovenös applizierten Gaben in der Regel entschieden geringer pro Kilo des behandelten Individuums gewesen als die Dosis, welche Hata als eine mit wirklicher Zuverlässigkeit wirkende bei infizierten Versuchstieren (Kaninchen) festgestellt hat. Wenn man auch nicht ohne weiteres sich wird entschlieſsen können, beim Menschen die ganz hohen Dosen endovenös zu verabreichen, so darf man doch erwarten, bei weiteren Beobachtungen zu einer Feststellung einer sicher wirkenden und für den Patienten unschädlichen Dosis zu gelangen. Schon bei der relativ

kleinen Gabe von 0,4—0,5 wurde bei 50 Patienten mit Primäraffekten erreicht, dafs kein einziger von ihnen Sekundärerscheinungen akquirierte; und bei einem etwas ausführlicher mitgeteilten Falle konnte der Beweis einer wirklichen Heilung erbracht werden, indem innerhalb eines Zeitraums von etwa zehn Wochen eine ganz präzise Reinfektion konstatiert wurde. Auch einige andere Krankenberichte bieten verschiedene bemerkenswerte Beobachtungen zum Kapitel der Vorzüge der intravenösen Methode dar.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Therapie der Syphilis, einschliefslich einiger vorläufiger Beobachtungen mit Salvarsan, von Victor Cox Pedersen-New York. (*New York med. Journ.* 29. April, 6. und 13. Mai 1911.) Nach kurzer Beschreibung der gebräuchlichen Quecksilbermethoden bespricht P. unter Beigabe von Illustrationen ausführlich eine Anzahl (19) von ihm mit Salvarsan behandelter Fälle. Im Zusammenhang mit den an früheren (30) Fällen schon gemachten Erfahrungen mufs er unbedingt den unmittelbar wirksamen Einflufs des Mittels anerkennen. Andere Fragen sind nun, wie lange diese Wirkung anhält, und wie häufig bei Rückfällen das Salvarsan oder ob letzteres besser als Quecksilber und Jod, die ja auch in den Händen des erfahrenen Arztes oft wunderbare Resultate lieferten, und in welcher Dosis es anzuwenden ist. P. glaubt, dafs wir eine Reihe von Jahren, wenigstens 20, noch sorgfältig alle unsere Beobachtungen sammeln müssen, ehe diese Fragen gelöst werden können. *Stern-München.*

Beobachtungen über die Wirkung des Salvarsans bei der Syphilis, von Heidenreich. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 20—22 inkl.) Die Schlufsfolgerungen dieser längeren Arbeit Heidenreichs über das Salvarsan lauten:

1. Das Salvarsan tötet aufserordentlich schnell und sicher alle oder den gröfsten Teil der Bakterien der Syphilis, ohne auf den Organismus selbst schädlich einzuwirken.

2. Da es aber nicht überall tief in die Gewebe eindringen kann, so gelingt es oft nicht alle Bakterien abzutöten, wodurch es nach einiger Zeit zu einem Rezidiv kommt.

3. Die Rezidive können stärker sein, als die Erscheinungen vor der Einspritzung waren.

4. Man darf sich daher nicht mit einer Injektion begnügen, sondern mufs derselben eine zweite oder gar eine dritte folgen lassen und mufs zur Vervollständigung der Behandlung noch Quecksilber und Jod geben. Als Mafsstab hat die Wassermannsche Reaktion zu gelten.

5. Als beste Anwendungsweise ist die intravenöse Injektion des Salvarsans anzusehen.

6. Das Salvarsan ist besonders wertvoll für das Militär, wie überhaupt überall dort, wo es darauf ankommt, eine längere stationäre Behandlung zu vermeiden.

Arthur Jordan-Moskau.

200 mit Salversan behandelte Syphilisfälle, von v. Petersen u. Kolnaktschi. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 27.) P. und K. sind von Injektionen nach Wechselmann, Blaschko und Kromayer ganz abgekommen und spritzen das Salvarsan jetzt nur noch intravenös ein, wobei irgendwelche Komplikationen in keinem Fall zur Beobachtung kamen. Trotzdem empfehlen sie die Eingiefsung nicht ambulatorisch, sondern in der Klinik oder im Krankenhaus vorzunehmen. Eine Temperatursteigerung wurde in 35% aller Fälle beobachtet, wobei sie aber meist nur zwischen 37,6° und 38,3° schwankte. Übelkeit und Erbrechen waren etwas häufiger, Durchfälle selten. Die Kranken, denen das Salvarsan injiziert wurde, befanden sich in den verschiedensten Stadien der Syphilis. In allen Fällen konnte durch das Salvarsan ein günstiger Einflufs beobachtet werden, der freilich bei dem einen Kranken in stärkerem, bei dem anderen in schwächerem Grade ausgeprägt war. Die besten Resultate erzielt man im

Primärstadium, besonders bei Injektion des Salvarsans vor Ausbruch des Exanthems. In einem derartigen Fall verheilten die syphilitischen Geschwüre nach einer Injektion von 0,5 Salvarsan vollkommen und im Laufe von fünf Monaten ist kein Rezidiv erfolgt. Im ganzen haben P. und K. bisher nur sechs Rezidive unter den 200 Fällen beobachtet. Ferner ist die Wirkung des Salvarsans sehr günstig auf alle Schleimhautaffektionen der kondylomatösen Periode. Bei syphilitischen Veränderungen des Zentralnervensystems traten nur unbedeutende Besserungen ein. Kontraindiziert ist das Salvarsan bei Herzverfettung, bei bedeutenden Veränderungen des Gehirns (progressive Paralyse), bei starker Nephritis, bei Marasmus senilis und deutlich ausgesprochener Arteriosklerose, endlich bei Syphilis der Neugeborenen und der Brustkinder mit starker Kachexie. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Anwendung des Salvarsans in Fällen kondylomatöser Syphilis nach erfolgloser Quecksilberbehandlung, von Miklaschewsky. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 23.) Beschreibung von drei Fällen mit hartnäckigen, sekundären Erscheinungen, welche unter der Quecksilberbehandlung nicht wichen und nach einer später vorgenommenen Salvarsaninjektion prompt schwanden. *Arthur Jordan-Moskau.*

Einige mit Salvarsan behandelte Fälle (Kinder und Erwachsene), von Rörle. (*Med. Obosrenje.* 1911. Bd. 75, Nr. 9.) R. hat in einer Reihe von Fällen, sowohl bei Erwachsenen als auch in entsprechender Dosis bei Kindern das Salvarsan in neutraler Emulsion injiziert und ist mit dem therapeutischen Effekt aufserordentlich zufrieden. Das Mittel wirkt nach R. sicherer und auf einfachere Weise als unsere früheren Methoden. Unangenehme Nebenerscheinungen hat R., bis auf einen Fall von Nekrose an der Injektionsstelle, nicht beobachtet. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Ciarrocchi. (*Morgagni.* 21. April 1911.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

Beobachtung einer Geburt bei einer zweimal mit Salvarsan behandelten Syphilitikerin. Zur Frage der Anwendung von Salvarsan bei syphilitischen Graviden, von Tschlenow. (*Praktitscheski Wratsch.* 1911. Nr. 12.) In drei Fällen hat T. bei syphilitischen Schwangeren Salvarsan zu 0,45—05, in neutraler Emulsion nach Blaschko injiziert. Alle drei Personen vertrugen das Salvarsan gut. In dem einen dieser Fälle konnte Tschlenow die Geburt eines ausgetragenen anscheinend gesunden Kindes beobachten. Die Mutter war Erstgebärende und hatte sich im vierten Monat ihrer Gravidität luetisch infiziert. Im siebenten Monat der Schwangerschaft spritzte ihr T. wegen Syphilis condyl. recens zuerst 0,45 und nach $1^1/_2$ Monaten, wegen eines Rezidivs, nochmals 0,5 Salvarsan intramuskulär ein. Die Placenta erwies sich bei der Geburt gesund. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Verwendung des Merjodins bei der Syphilisbehandlung mit Salvarsan, von M. v. Zeissl. (*Wien. klin. Rundschau.* 1911. S. 287.) Im wensentlichen Bericht über ausgezeichnete Erfolge mit Salvarsan, das Verfasser intramuskulär verabfolgt. Die Frage, ob nach einer Salvarsaninjektion gleich eine Quecksilberkur angeschlossen werden soll, auch wenn keine syphilitischen Erscheinungen vorhanden sind, wird verneint. Höchstens dauernd positiver Wassermann berechtigt zu einer weiteren Kur. Zur Kombination mit Salvarsan empfiehlt Zeissl Merjodin.

Richard Frühwald-Leipzig.

Wirkung des Salvarsans auf die Treponemen und syphilitischen Läsionen, von Levaditi und Twort. (Biolog. Ges., Paris. 24. Dez. 1910.) Die Versuche wurden an Kaninchen vorgenommen, denen Syphilis am Scrotum eingeimpft worden war. Es zeigte sich, dafs durch Einspritzungen von Salvarsan rasche Heilung der sichtbaren Läsionen und Verschwinden der Spirochäten im ultramikroskopischen Bilde bewirkt wird. Sieben Stunden nach der Einspritzung sind die syphilitischen Läsionen nicht

mehr virulent, trotzdem man noch grofse Mengen von Treponemen in den Geweben finden kann.

Weitere sichtbare Folgen der Einspritzung ist die Zerstörung der Parasiten aufserhalb der Zellen. Dieselben bekommen unregelmäfsige Formen, werden in Granulationen verwandelt und können so von den Makrophagen aufgenommen werden. Die Resorption geht langsam von statten, wodurch das Fehlen von spezifischen Antikörpern bei den behandelten Tieren und im allgemeinen in der Lues erklärt wird.

In den Geweben bemerkt man eine lebhafte Proliferierung der Gefäfse und des Bindegewebes und eine Resorption der perivaskulären Syphilome.

E. Toff-Braila.

Einwirkung von Salvarsan auf die Lymphocytose im Liquor cerebrospinalis, von Milian und Lévy Valensi. Bei Paralytikern und den meisten untersuchten Tabikern wurde durch Salvarsan der Lymphocytengehalt des Liquor cerebrospinalis rapid vermindert. Bei syphilitischen Hirnerkrankungen wurde er nicht beeiflufst.

Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Ein Vortrag über die Fortschritte auf dem Gebiete der Dermatologie seit der Zeit von Hunter, von J. H. Sequeira. (*Lancet.* 10. Juni 1911.) Verfasser schildert zunächst in allgemeinen Umrissen den Stand der dermatologischen Anschauungen zu Hunters Zeiten; neben manchen Irrtümern mufs man manche sehr scharfsinnige und akkurate Beobachtungen anerkennen. Unter den Rubriken: Ekzem, parasitäre Krankheiten, die durch vegetabilische Parasiten bedingten Dermatosen, Tuberkulose der Haut, Lepra, Impetigo und Syphilis schildert S. sodann die Hauptfortschritte in der Erkenntnis der betreffenden pathologischen Prozesse, um dann auf einige Errungenschaften auf dem Gebiete der Therapeutik und namentlich der Verwendung von physikalischen Agentien hinzuweisen. Wer sich für die Geschichte der Medizin interessiert, wird den Vortrag mit Vergnügen lesen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein neuer Venentroicart für intravenöse Injektionen, von A. Strauss-Barmen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 34.) Für die Salvarsaninjektion hat Verfasser einen handlichen Venentroicart konstruiert, der mit einem seitlichen Ansatzstücke zur Verbindung mit dem die Kochsalzlösung bzw. die Salvarsanmischung zuführenden Schlauche versehen ist. Man kann bei dieser Einrichtung weitere Verletzungen der Venenwand leicht vermeiden und ebenso auch jegliche unerwünschte Blutung. Der Apparat wird in drei Stärken von der Instrumentenfabrik F. Stamm & Co in Ohlichs angefertigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Technik der intravenösen Injektionen, von Marcel Miriel. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 42.) Nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die neueren Hautdesinfektionsmethoden und eine neue Methode mit alkoholischer Pikrinsäurelösung, von Antonio Fontana. (*Riforma med.* 1911. Nr. 35.) Sowohl Operationsfeld als Hände des Chirurgen werden vor der Operation mit einer 1%igen Lösung von Pikrinsäure in 95%igem Alkohol eingerieben. Der Verfasser machte mit dieser Desinfektion 48 Operationen mit sehr gutem Erfolg.

Gunsett-Strafsburg.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

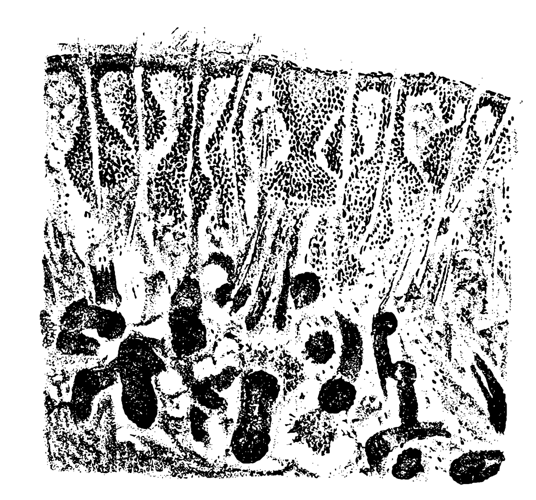


Fig. 1.

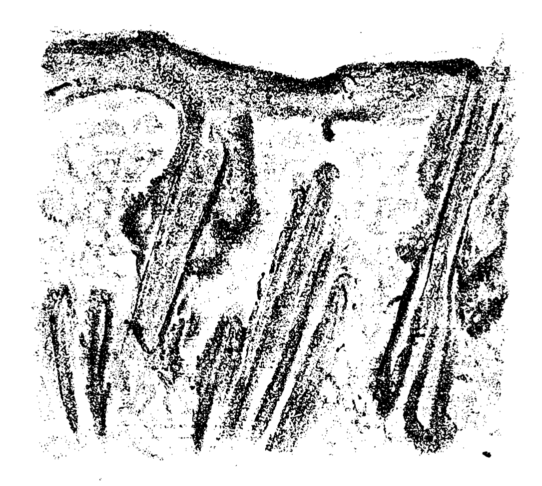


Fig. 2.

Elly Kluge gez.

Leistikow.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

atshefte für P

Aus Prof. Unnas D

all von extragenitalem

Dr. Lo

Assistent der I

Mit e

Juli 1911 stellte sich in d
über starke Schmerzen ir
unfähig sei, den Arm
Bis dahin hatte Pat
kommen und sich immer w
Affektion soll nach A
Die Zunahme der Schwe
Poliklinik aufzusuchen.
Patient ist ein klein
Farbe, müdem Gesichtsausd
den Schmerzen und Fieber
Kräften gekommen sein.
dem linken Oberarm am
querfingerbreit vom Sulcu
pfennigstückgroßes, von
Der Geschwürsrand is
zackig, wie angenagt;
gefüllt. Die Palpation
von einer Induration
von dem soeben erwäh
gelbliche, von einem
ein Geschwür von
erstgenannte. Die f
vergrößerte Lymphdrü
hühnereigroßen Tum

Bd. LI.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. №. 10. 15. November 1911.

Aus Prof. UNNAS Dermatologicum, Hamburg.

Ein Fall von extragenitalem Ulcus molle des linken Oberarms.

Von

Dr. LOUIS MERIAN,
Assistent der Klinik und Poliklinik.

Mit einer Tafel.

Im Juli 1911 stellte sich in der UNNAschen Poliklinik ein Mann vor, welcher über starke Schmerzen im linken Oberarm klagte, so daſs er gänzlich unfähig sei, den Arm zu heben geschweige zur Arbeit zu gebrauchen. Bis dahin hatte Patient noch keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und sich immer mit feuchten Umschlägen selbst behandelt. Die jetzige Affektion soll nach Angabe des Kranken seit drei Wochen bestehen. Die Zunahme der Schwellung und Schmerzhaftigkeit veranlaſste ihn die Poliklinik aufzusuchen.

Status: Patient ist ein kleiner, kräftig gebauter Mann, von blasser Gesichtsfarbe, müdem Gesichtsausdruck und will seit einigen Tagen durch die starken Schmerzen und Fieber an Körpergewicht abgenommen haben und von Kräften gekommen sein.

Auf dem linken Oberarm am lateralen Rande des Musculus deltoideus und ein querfingerbreit vom Sulcus bicipitalis externus befindet sich ein etwa zehnpfennigstückgroſses, von einem entzündlichen Saume umgebenes Geschwür. Der Geschwürsrand ist steil abfallend, an einzelnen Stellen unterminiert, zackig, wie angenagt; der Geschwürsgrund ist mit gelblichem Eiter ausgefüllt. Die Palpation des Geschwürs ist dem Patienten sehr unangenehm, von einer Induration ist nichts zu fühlen. Etwa 3 cm nach oben-innen von dem soeben erwähnten groſsen Ulcus, erkennt man eine linsengroſse, gelbliche, von einem roten Hofe umgebene Borke, welche beim Abheben ein Geschwür von eben denselben Eigenschaften erkennen läſst wie das erstgenannte. Die freie Beweglichkeit des Armes ist sowohl durch zwei vergröſserte Lymphdrüsen in der linken Axilla als auch durch einen etwa hühnereigroſsen Tumor in der Fossa infraclavicularis sin.,

welcher beim Berühren sehr schmerzhaft ist und eine gerötete, glänzende Haut als Bedeckung aufweist, sehr behindert.

Eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers ergibt einen vollständig normalen Befund. Die Glans penis, der Sulcus coronarius, das Frenulum wie auch das Scrotum, die äufsere Harnröhrenöffnung und die Analgegend weisen vollkommen normale Verhältnisse auf. Die Lymphdrüsen des Körpers sind mit Ausnahme der oben erwähnten weder vergröfsert noch schmerzhaft.

Patient will in seinem Leben noch nie ernstlich krank gewesen sein. Der Beginn der Erkrankung liegt drei Wochen zurück, der letzte Coitus vier Wochen.

Zur genauen Diagnose wurden Abstrichpräparate vom Eiter der beiden Ulcera gemacht und zur histologischen Untersuchung, mit Zustimmung des Patienten, ein kleines Stück des gröfseren Ulcus unter Chloräthylspray mittelst eines Rasiermessers exzidiert.

Aus der Anamnese des Patienten erfahren wir weiter, dafs er vor ungefähr sieben Wochen an einer Hochzeit teilgenommen hat und sich auf derselben von einem anderen Hochzeitsgast tätowieren liefs. Nach vier Wochen, gerechnet vom Tage der Tätowierung, bemerkte Patient auf der linken Gesichtshälfte der tätowierten Figur (vgl. Abbildung) einen Pickel, der etwas juckte, und welcher sich im Laufe von drei Wochen zu dem vorher bereits erwähnten Ulcus vergröfsert hat. Da Patient arbeitsunfähig war und zu Hause nicht genügend gepflegt werden konnte, fand er im Krankenhaus Aufnahme. Dem behandelnden Arzt, Herrn Dr. Luce, verdanke ich die weiteren Daten und spreche ihm für seine Mühe an dieser Stelle meinen besten Dank aus. Die im Krankenhaus vorgenommene Blutuntersuchung nach Wassermann ergab ein negatives Resultat. Der Bubo, welcher sich aus dem Tumor in der Fossa infraclavicularis entwickelt hatte, begann zu fluktuieren und wurde zweimal punktiert. Bei jeder Punktion entleerte sich etwa 50 ccm Eiter, doch wurden im Ausstrich keine Streptobazillen gefunden. Die bakteriologische Untersuchung ergab ebenfalls ein negatives Resultat. Da die zweimalige Punktion des Bubo nicht zum Ziele führte, wurde derselbe inzidiert, mit Jodoform austamponiert und per granulationem zur Ausheilung gebracht. Die beiden Ulcera heilten unter Jodoform mit Hinterlassung von seichten Narben aus.

Die von dem Eiter der beiden Ulcerationen gemachten Abstrichpräparate wurden nach den von Unna angegebenen Färbungsmethoden untersucht.

Streptobazillen wurden in den Ausstrichpräparaten nicht gefunden.

Histologischer Befund: Das zur histologischen Untersuchung exzidierte Stück wurde in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und

mit der von Unna angegebenen Methode gefärbt, mit welcher es ihm im Jahre 1892 gelang, als erster, die von ihm entdeckten und von ihm benannten Erreger des weichen Schankers, die Streptobazillen, in exzidierten Ulcera mollia nachzuweisen. (1. P. G. Unna: Der Streptobacillus des weichen Schankers. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892, Bd. 14. 2. Die verschiedenen Phasen des Streptobacillus ulceris mollis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895, Bd. 21.)

Die ausgeschnittene Effloreszenz läſst makroskopisch auf der einen Seite einen steil ansteigenden Wall, entsprechend dem Geschwürsrand erkennen, auf der anderen Seite eine flach auslaufende Scheibe, welche den eigentlichen Geschwürsgrund des Ulcus darstellt. Schnitte, welche senkrecht durch diese Effloreszenz gelegt sind, lassen bei schwacher Vergröſserung und bei Anwendung der von Unna modifizierten Pappenheimschen Färbung folgende Verhältnisse erkennen.

Auf der einen Seite sehen wir ein kleines Stück normaler Haut, daran anschlieſsend eine wallartige Erhebung, welche beide von Epithel überdeckt sind; auf der Höhe dieser Erhebung erleidet das Epithel plötzlich eine Unterbrechung, einen Substanzverlust, der sich durch Ansammlung bläulich gefärbter, nekrotischer Gewebsmassen zu erkennen gibt. Dieser flächenhaften Nekrotisierung schlieſst sich auch eine senkrechte, in die Tiefe gehende, strahlenförmig nach dem Geschwürsgrund sich ausbreitende an. Diese feinen histologischen Vorgänge erklären somit die starke Zerklüftung des Geschwürsgrundes bei einem länger bestehenden Ulcus.

Bei starker Vergröſserung erkennt man eine von dem kleinen normalen Hautstück bis zum Geschwür sich erstreckende und stetig zunehmende Hypertrophie der Stachelschicht und Mitosenbildung. Einige Blutgefäſse der Cutis zeichnen sich durch die Ansammlung von pflastersteinartigen, dunkelrot gefärbten, kubischen Plasmazellen aus, welche besonders durch ihre Gröſse auffallen.

Der Geschwürsgrund wird an einer Stelle von einem dichten Wall von Plasmazellen gebildet und nach dem Geschwür zu erkennt man an vielen Stellen längere Streifen von Plasmatochterzellen.

An den bis in die Geschwürszone hinaufragenden Blutkapillaren sieht man ein Auswandern von polynukleären Leukocyten, welche die eitrige Bedeckung des Geschwüres ausmachen.

Bei Anwendung der stärksten Vergröſserung und bei der Durchsicht mehrerer Präparate gelingt es in einigen derselben zwischen den durch die grüne Kernfarbe deutlich gemachten, von den Blutkapillaren des Geschwürsbodens nach der Oberfläche auswandernden polynukleären Leukocyten, durch ihre rote, von der grünen Umgebung deutlich abstechende Farbe und durch ihre in Ketten angeordnete Lagerung die Unnaschen „Streptobazillen des weichen Schankers“ nachzuweisen.

Der erste Eindruck bei der Betrachtung des Geschwürs, der wallartig aufgeworfene, wie angefressene und unterminierte Rand, der das Geschwür umgebende rote Saum, der gelbliche Eiter des Geschwürsgrundes und das unter der Borke nach deren Entfernung sichtbar werdende, in allen Eigenschaften mit dem grofsen Ulcus übereinstimmende, kleine Geschwür, die Schwellung der Achseldrüsen und der sich entwickelnde Bubo in der Fossa infraclavicularis sin. liefs uns keinen Augenblick zweifeln, dafs wir es hier mit einem extragenitalen Ulcus molle zu tun haben. Die Lage des Geschwüres in einer vor drei Wochen angefertigten Tätowierungsnarbe legte uns den Gedanken nahe, dafs der Tätowierer bei der Ausführung der Tätowierung ein infiziertes Instrument benutzt habe. Eine Infektion auf diesem Wege wäre allerdings möglich, es sind ähnliche Fälle in der Literatur bekannt. BATUT in Bordeau (*Journ. des mal. cutan. et syphil.* 1905, Heft 3—4) berichtet über einen Fall, bei welchem ein Arzt eine Phimosenoperation an einem Soldaten vornahm, welcher an einem periurethralen Schanker litt. Beim Zusammennähen der Wundränder stach sich der Arzt mit der Nadel in den Handrücken, beachtete die geringe Verletzung aber nicht weiter. Nach kurzer Zeit entwickelte sich an der Stelle unter grofsen Schmerzen ein weicher Schanker mit typischen klinischen Erscheinungen.

Ein weiterer ganz ähnlicher Fall wurde von VIGNES (*Presse med.* 19. Juli 1899) mitgeteilt. Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, der sich an der Conjunctiva bulbi einen mit einem Bubo einhergehenden weichen Schanker zugezogen hatte. Patient hatte seinem Sohne, welcher an einem Ulcus molle mit inzidiertem Bubo litt, Umschläge gemacht und sich auf diese Weise infiziert. Ich habe beim Durchsehen der Literatur nur vereinzelte Fälle (Extragenitaler weicher Schanker, von E. FÜRÉSZ-Miskoloz, *Gyógyászat*, 1910, Nr. 51), die den beiden oben erwähnten Fällen und dem meinigen entsprechen, gefunden, bei welchen sowohl klinisch als auch histologisch die Diagnose Ulcus molle einwandsfrei festgestellt war. Ganz anders verhält es sich in bezug des Vorkommens von sogenannten Inokulationsschankern, wo eine Übertragung der Streptobazillen von einem primären Ulcus molle der Genitalien auf andere Körperregionen stattgefunden hat. Fälle dieser Art finden sich in der Literatur nicht so selten und würden vielleicht noch häufiger angetroffen werden, wenn man sich die Mühe nehmen würde, verdächtige Ulcerationen bei bestehenden Ulcera mollia der Genitalien mehr bakteriologisch und histologisch zu untersuchen. Ich kann mich in diesem Punkte vollkommen der Meinung von DJATSCHKOW anschliefsen, welcher auf Grund seiner Statistik über extragenitale weiche Schanker behauptet: „Dafs dieselben gar nicht so selten vorkommen, hingegen oft übersehen werden.“ (DJATSCHKOW, *Russ. Zeitschr. f. Haut- u. vener. Krankheiten*, 1904, Bd. 8.)

Asepsis und Antisepsis im Untersuchungszimmer des Polizeiarztes. Über die Einrichtungen des sittenärztlichen Untersuchungszimmers.[1]

Von

Polizeiarzt Dr. Dreuw-Berlin.

Nach zwei Richtungen hin soll eine zweckentsprechende Einrichtung die sittenärztliche Untersuchung unterstützen.

1. Es soll mit Hilfe der modernen Untersuchungsmethoden der gröfst-möglichste Prozentsatz an ansteckenden Krankkeiten eruiert werden.

2. Die technischen Mafsnahmen müssen so beschaffen sein, dafs eine Übertragung im Untersuchungszimmer weder auf den Arzt, noch auf das Wartepersonal, noch auf später zu Untersuchende stattfindet.

Antisepsis und Asepsis sollen im polizeiärztlichen Untersuchungszimmer eine gröfsere Rolle spielen als in jedem anderen Raume, den Operationssaal vielleicht ausgenommen. Denn die Möglichkeit der Übertragung auf den Arzt und auf andere ist nirgendwo so grofs, wie bei der Kontrolle der Prostituierten. Ist doch der Polizeiarzt bei jeder Besichtigung gezwungen, sowohl eine digitale Untersuchung zu machen, als auch durch Anwendung von Instrumenten, Beleuchtungsvorrichtungen, Platinöse usw. die Diagnose zu sichern. Anderseits fliefst häufig bei profusem Ausflufs ein Teil des infektiösen Scheidensekrets direkt auf den Untersuchungsstuhl oder auf den Boden. Wenn die Platte des Untersuchungsstuhles auch mit Glas bedekt ist, so ist diese doch ebenso wie der Boden unseren chemischen Desinfektionsmitteln, die erst längere Zeit einwirken müssen, ehe eine genügende Desinfektion stattgefunden hat, nicht ohne weiteres zugänglich. Fernhalten von Infektionsmaterial, d. h. Prophylaxe, ist daher auch hier der beste Schutz. Der Polizeiarzt ist gezwungen, mitten während der Untersuchung zur Platinöse zu greifen, um auf Gonokokken zu untersuchen, um ein Spirochätenpräparat oder ein Präparat des weichen Schankers (Streptobazillen) zu machen. Häufig mufs er zum Zwecke der Skabiesdiagnose eine instrumentelle Exzision vornehmen, häufig mufs er mitten während der Untersuchung seine Eintragungen in das Gestellungsbuch machen. Bei allen diesen Manipulationen kann auf die Instrumente und Gebrauchsgegenstände infektiöses Material gelangen. Bei den häufigen Händewaschungen kommt

[1] Bericht über die sittenärztliche Ausstellung des Königlichen Polizeipräsidiums Berlin auf der Internationalen Hygieneausstellung, Dresden, 1911.

der Arzt nicht umhin, mit den Händen, an denen das infektiöse Material sich befindet, den Wasserleitungshahn anzufassen; das Seifenstük, welches er ergreift, wird natürlich ebenfalls mit infektiösen Keimen bedeckt, und in dem gewöhnlichen Seifenbehälter sammelt sich das mit infektiösen Keimen beladene Wasser an. Auf die Kleidung kann das infektiöse Sekret hingelangen und wiederum eine Infektionsmöglichkeit bilden. Die Kleider, namentlich der Untersuchungsmantel, berühren leicht bei der Untersuchung die vor dem Untersuchungstisch angebrachte Treppe oder den mit Infektionserregern bedeckten Boden. Während der Untersuchung der Mundhöhle mit dem Untersuchungsspatel wird manchmal infektiöses Material (Angina specifica, Diphtherie usw.) durch Husten oder durch Räuspern dem untersuchenden Arzt ins Gesicht gelangen. Die Stühle, Tische und Bänke werden hier und da mit Infektionsmaterial, wenn auch in winziger Menge, bedeckt. Der Boden ist häufig mit den Wattebäuschen, welche die Prostituierten zur Aufsaugung des Sekrets in der Regel anwenden, und dem aus den Kleidern herrührenden Staub und Kleiderfasern wie besät. Welcher Art die Infektionsmöglichkeiten auch sein mögen, nur eine zweckentsprechende Einrichtung des Untersuchungszimmers und eine geeignete Prophylaxe kann in Verbindung mit einem sachverständigen Vorgehen des untersuchenden Arztes und des Wartepersonals vor Übertragung auf den Arzt und das Wartepersonal schützen. Bei der Anschaffung des Instrumentariums ist der Grundsatz zu berücksichtigen, daſs alle modernen Hilfsapparate zur Stellung der Diagnose vorhanden sein müssen. Der Polizeiarzt darf nicht einseitig Hausarzt sein, sondern soll auch auf innere Erkrankungen, z. B. syphilitische Herz-, Leber-, Hirn- und Rückenmarksleiden sein Augenmerk richten.

Wie muſs nun eine derartige Einrichtung zur Untersuchung der Prostituierten beschaffen sein, um einerseits die Diagnose zu sichern und um anderseits die Übertragungsmöglichkeiten auf ein Minimum herabzusetzen?

Naturgemäſs handelt es sich hierbei zunächst um Vorschläge, die den Verhältnissen von Berlin und den Einrichtungen einer Groſsstadt überhaupt angepaſst sind und daher keine allgemeine Gültigkeit haben. Aber im groſsen und ganzen lassen sich für die polizeiärztlichen Untersuchungsräume gewisse Grundsätze aufstellen, die für gröſsere Städte generell in Betracht kommen.

Drei Räume sind zum mindesten erforderlich für eine zweckentsprechende Untersuchung bei einem gröſseren Betriebe:

A. Der Zentralsterilisierraum für die Instrumente.
B. Das Untersuchungszimmer mit Warteraum.
C. Das Laboratorium und Mikroskopierzimmer.

Ad A. Sterilisierraum.

Wenn irgendwo, so gilt beim Polizeiarzt der allgemein ärztliche Grundsatz des „Nil nocere“. Unter keinen Umständen darf eine Übertragung auf das Hilfspersonal, den Arzt oder auf dritte Personen erfolgen. Daher ist auf eine zweckentprechende Sterilisation der einzelnen Instrumente bei jeder Prostituiertenuntersuchung das Hauptaugenmerk zu richten.

Bei den Untersuchungen der Prostituierten ist es unangebracht, diese Sterilisierung im Untersuchungszimmer selbst vorzunehmen, da, abgesehen von dem Zeitverlust, eine grofse Menge von Nachteilen entstehen, die bei einer Zentral-Sterilisierungsanlage ohne weiteres wegfallen. Die Luft wird völlig mit Wasserdampf während der ganzen Untersuchungszeit gesättigt, was namentlich im Sommer sich unangenehm bemerkbar macht. Gesundheitsschädigungen des Arztes und des Hilfspersonals sind unausbleiblich; die Hitze im Sommer wird durch die Kochapparate unerträglich, auch im Winter ist der Arzt und das Wartepersonal bei dem unbedingt erforderlichen Lüften des Fensters in dem mit Wasserdampf gefüllten Raume Erkältungen leicht ausgesetzt, kurzum, eine Zentralisierung der Sterilisierung ist bei einem grofsen Betrieb auf die Dauer unentbehrlich.

Folgende Gesichtspunkte sind nun für eine derartige Einrichtung in Betracht zu ziehen:

1. Die zahlreichen Instrumente (in Berlin kommen etwa 700 Spekula und 700 Mundspatel und die entsprechenden Nebeninstrumente in Betracht) sollen für jede Untersuchung immer steril zur Hand sein, so dafs eine Übertragung durch die Instrumente mit virulenten Gonokokken, Streptobazillen, Spirochäten und anderen Infektionserregern unmöglich ist.

2. Die sterilisierten und trockenen Instrumente müssen neben dem Untersuchungsstuhl vom Standplatz des Arztes aus ohne weiteres zu ergreifen sein.

3. Jedes gebrauchte Instrument soll sofort nach dem Gebrauch vom Platze aus in einen direkt neben dem Untersuchungsstuhl stehenden, mit desinfizierender Flüssigkeit gefüllten und mit der Kanalisation direkt in Verbindung stehenden Behälter gebracht werden können.

4. Die Sterilisierung und weitere Behandlung der vom Arzte in diesen Behälter gebrachten Instrumente geschieht durch das Wartepersonal.

5. Für die genital und extragenital zu gebrauchenden Instrumente mufs je ein mit Desinfektionsflüssigkeit gefüllter Behälter mit Einsatzsieben und je ein besonderer Sterilisator vorhanden sein.

Die Spekula, die rechts vom Untersuchungsstuhl auf einer besonderen Etagère in sterilem Zustande stehen, werden sofort nach dem Gebrauch in einen mit Lysol oder Lysoform gefüllten Fayence- oder Metallbehälter mit Einsatzsieben, der zur Rechten des untersuchenden Arztes angebracht

ist, gelegt. Der Arzt hat nunmehr auf die weitere Behandlung der Specula sein Augenmerk nicht mehr zu richten. Es ist dies Sache des Wartepersonals.

Neben diesem Behälter befindet sich ein zweiter für die Mundspatel und sonstige extragenitale Instrumente bestimmt.

Der Vorgang der Sterilisierung durch das Wartepersonal geht folgendermafsen vor sich: Unterhalb jedes rechts vom Untersuchungsstuhl an der Wand angebrachten Beckens ist ein Ventilabflufs mit Öffnungshebel für Kniebetätigung. Über den Becken befinden sich die Zuflufshähne für kaltes und warmes Wasser. Jedes Becken ist versehen mit Überlauf und einem Metalleinsatzsieb zur Aufnahme der Instrumente. Solange die Ventilhähne geschlossen sind, befindet sich in den Becken die desinfizierende Flüssigkeit. Nach der Untersuchungsstunde werden nun von dem Wartepersonal in den verschiedenen Untersuchungszimmern die Abflufsventile geöffnet, so dafs die Lysollösung abfliefsen kann. Es findet dann von der Wasserleitung aus eine gründliche Spülung der Instrumente statt. Hierauf werden die acht Einsatzsiebe mit den oberflächlich gereinigten Instrumenten aus den vier Untersuchungszimmern in den Sterilisierraum gebracht, wo zwei Sterilisierapparate für kochendes Wasser mit vierfacher Einteilung zur Aufnahme der je vier genitalen und vier extragenitalen Sterilisierkörbe sich befinden. Die durch Gas heizbaren Apparate sind auf fahrbarem Untergestell montiert, so dafs sie auch in die einzelnen Untersuchungszimmer zur Aufnahme der Einsatzsiebe gefahren werden können. Die Instrumente werden eine viertel bis ein halbe Stunde gekocht, abgetrocknet und von dem Wärter dann wieder in den Untersuchungsraum gebracht, wo sie auf einem der Wandkonsole aus starkem Krystallglas zur Rechten des Untersuchungsstuhls ohne weiteres erreichbar wiederum getrennt je nach genitalem oder extragenitalem Gebrauch aufgestellt werden.

Aufser den beiden Kochapparaten befinden sich im Sterilisierraum noch ein Dampfsterilisationsapparat[2], der es gestattet, Watte, Verbandstoffe, Gaze usw. durch strömenden Wasserdampf so zu sterilisieren, dafs die Verbandstoffe völlig trocken nach der Sterilisierung zum Vorschein kommen. Auch Katheter, Reagenzgläser und andere Utensilien, die hier und da bei der Prostituiertenuntersuchung namentlich zur Urinbestimmung benutzt werden, können in diesem Apparat mit strömendem Wasserdampf sterilisiert werden und sind wegen der trockenen Beschaffenheit monatelang steril zu halten.

In dem Sterilisierraum befindet sich noch ein kleiner fahrbarer Instru-

---

[2] Siehe *Zeitschrift für Urologie,* 1910 und *Allgem. Mediz. Zentralztg.* 1910. Nr. 27.

mententisch und ev. ein kleiner fahrbarer Wagen für den Transport der Instrumenteneinsätze nach dem Untersuchungsraum.

Ferner ist noch ein Verbrennungsofen hier aufgestellt, um den mit infektiösem Material beladenen Staub, der sich namentlich aus den Kleidern während des Ausziehens in besonders hohem Maſse auf dem Boden ansammelt, und um die Wattepfröpfe, welche die Puellen zur Aufsaugung des Sekrets in der Regel mit sich bringen, direkt an Ort und Stelle zu verbrennen.

Im Untersuchungszimmer des Arztes sind noch zwei kleine Reserve-Sterilisierapparate angebracht, für genitale und extragenitale Instrumente, die dann Verwendung finden, wenn der Zentralapparat versagen, oder wenn während der Untersuchung sich die Notwendigkeit herausstellen sollte, einige schon gebrauchte Instrumente nochmals zu sterilisieren.

Ad B. Untersuchungszimmer.

Im Untersuchungszimmer sind aufgestellt:

a) Der Untersuchungsstuhl, am besten aus Holz oder Rohreisen, weiſs emailliert, mit Glasplattenbelag. Die Glasplatten haben in der Mitte eine durchgehende Rinne von etwa Handbreite. Diese Rinne ist deswegen soweit durchgehend angebracht, damit die Genitalien in jeder Lage der Puellen sich über der Rinne befinden und damit etwa aus den Genitalien herunterflieſsendes infektiöses Vaginal- oder Menstrualsekret je nach der Lage der Puellen nicht auf den Untersuchungstisch oder auf den Boden gelangt, sondern durch die Rinne in ein unter dem Untersuchungstisch befindliches Gefäſs flieſst, welches mit Wasserzufluſs und Abfluſs versehen ist. Dieses Gefäſs ist in jeder Lage unter der Rinne zu befestigen. Durch den Wasserzufluſs und Abfluſs wird das aus der Vagina durch die Rinne in das Spülbecken flieſsende Vaginal-, Menstrual- und Rektalsekret sofort in die Kanalisation gespült. Am Untersuchungsstuhl sind ferner Knie- und Hackenstützen anzubringen, die jedoch für die gewöhnliche Untersuchung nicht gebraucht werden. Hierzu dienen vorn an der Glasplatte angebrachte eiserne Vorsprünge, welche dem Fuſs eine gewisse Stütze geben. Die Treppe zum Untersuchungsstuhl ist so angebracht, daſs durch einen Hebel oder durch eine Bewegung des Fuſses die Treppe rückwärts geklappt wird. Dies ist deswegen zu empfehlen, erstens, damit der untersuchende Arzt während der Untersuchung durch die Treppe nicht gehindert wird, zweitens, damit die Spitze des Untersuchungsmantels nicht fortwährend die häufig mit infektiösem Material behaftete Treppe berührt und dadurch eine indirekte Übertragung bewirken kann. Ferner sind noch zwei Armhalter angebracht, zum Auflegen der Unterarme während der Untersuchung. Vor dem Untersuchungsstuhl befindet sich ein eiserner Drehschemel in aseptischer Ausführung.

b) Rechts vom Untersuchungsstuhl, für den Arzt ohne weiteres erreichbar, ist die aseptische Waschvorrichtung angebracht, und die schon erwähnten Fayencebecken für die Aufnahme der gebrauchten Spekula und ein kleiner Tisch zum Auflegen der Instrumente. Der Waschvorrichtung ist im Interesse des Arztes und der Umgebung besonderer Wert beizumessen. Die Betätigung der Zu- resp. Abflufshähne darf im Interesse der Asepsis nicht direkt mit den Händen, sondern nur mit Ellenbogen und Knie erfolgen. Denn bei der Untersuchung bleibt an der Hand des Arztes infektiöses Material sitzen. Dreht er nun mit der Hand den Hahn der Wasserleitung auf, so bringt er an denselben infektiöses Material heran. Bei dem jedesmaligen neuen Auf- und Zudrehen vor, bzw. nach der Waschung, gelangt dieses Material wieder an die Hände des Arztes, so dafs sozusagen ein circulus vitiosus entsteht. Diesem Übelstande wird durch einen Knie- oder Armhebel gesteuert. Ferner ist noch eine Mischbatterie für warmes und kaltes Wasser vorhanden, die es gestattet, das Wasser in jeder gewünschten Temperatur und unter jedem gewünschten Druck ausfliefsen zu lassen. Diese Mischbatterie findet auch Verwendung, wenn es sich darum handelt, mit der vom Verfasser angegebenen Vaginalspülung eine exakte Reinigung der Vagina zu bewirken, ohne dafs die geringste Spur des Vaginalsekrets auf den Boden gelangt. Auf den Abflufs des durch die Mischbatterie entsprechend temperierten Wassers ist ein Schlauch aufgeschraubt, der mit dem Spülapparat für die Vagina verbunden ist. Dieser Spülapparat bewirkt eine gründliche Ausspülung der Vagina und leitet das die Sekrete mitführende Spülwasser durch einen Abflufsschlauch direkt in das Spülbecken des Stuhles und von dort in die Kanalisation.

c) Von besonderer Wichtigkeit ist für den untersuchenden Arzt die Seifenfrage. Die gewöhnlichen festen Seifenstücke werden, wenn sie nach der Untersuchung angefafst werden, mit infektiösem Material beladen, das sich in den Seifenkästen ansammelt, namentlich in dem von der Seife herunterrinnenden Wasser. Auch auf die Auswahl der Qualität der Seife ist besonders acht zu geben. Es darf nur beste, reizlose, womöglich überfettete Seife angewandt werden, da bei dem häufigen Waschen sehr leicht Entzündungen der Haut, namentlich im Winter (Dermatitis) entstehen, die den untersuchenden Arzt sozusagen arbeitsunfähig machen wegen der drohenden Infektionsgefahr. Nur mit Gummihandschuhen, die auf die Dauer natürlich äufserst unangenehm sind, und welche die Dermatitis mit den sie begleitenden Rhagaden oder ein im Anschlufs daran entstandenes Ekzem durch die Stauungen des zentrifugalen Sekretionsstromes noch verstärken, kann er in diesem Falle seinen Dienst tun. Ein chronisches Ekzem mit Rhagadenbildung mufs unter allen Umständen durch den Gebrauch einer reizlosen Seife und durch Einfettung der Hand vermieden

werden. Ich verwende als reizlose Stückseife Fermentinseife, der neben einem Überfett noch eine entsprechende Menge von Hefesubstanz zugefügt ist, wodurch die Reizwirkung der Seife auf ein Minimum herabgedrückt wird. Um unter allen Umständen ein Anhaften von Infektionsmaterial an dem Seifenstück zu verhüten, habe ich einen Seifenspender angegeben, der über dem Waschbecken angebracht ist. Nach derselben Konstruktion sind zwei Apparate an der Wand befestigt.

Ein Seifenspender ist mit weicher, neutraler Seife zum gewöhnlichen Waschen der Hände gefüllt, der andere mit Marmorseife zur gründlichen Säuberung und Desinfektion der Hände, und der dritte Apparat enthält eine Tragakanthmasse zum Einfetten der Spekula. Der Apparat besteht aus einem runden Metallgefäſs mit etwa 3 l Inhalt, das nach unten zu trichterförmig sich verjüngt. Es ist mit weicher Seife gefüllt. Auf dieser ruht eine schwere eiserne Platte. Der trichterförmige Boden ist durch ein quergestelltes Messerchen abgeschlossen, so daſs die unter Druck stehende Seifenmasse nicht herausfallen kann. Das Messerchen wird nun durch einen Hand- oder besser Fuſsgriff weggezogen, woraufhin die weiche Seifenmasse in die unter dem Apparat gehaltene Hand fällt. Läſst der Händezug oder der mit dem Fuſs ausgeübte Zug nach, so treiben zwei Federn das Messer wieder in die Verschluſslage zurück. Diese drei Apparate sind rechts vom Arzt an der Wand befestigt und ohne weiteres zu erreichen.

Die Einfettung der Metallspekula (es dürfen nur Metallspekula verwandt werden, da Porzellanspekula während der Desinfektion zu leicht lädiert werden und dann sekundär eine Verletzung des Arztes und der zu untersuchenden Puellen bewirken) ist ein Kapitel von besonderer Wichtigkeit. Wendet man nämlich Fett oder Vaseline oder Öl an, so werden einerseits das Vaginalrohr und anderseits die Instrumente so verschmiert, daſs sie sehr schwer zu reinigen sind. Verwendet man wasserlösliches Glycerin, so sammelt sich das Glycerin beim Eintauchen des Spekulums in das Glyceringefäſs durch die Adhäsion hauptsächlich im Lumen des Spekulums an. Nach dem Einführen des Spekulums taucht nun die Portio in diesen Glycerinsee, so daſs das mit der Platinöse entnommene Portiosekret mit Glycerin so verdünnt wird, daſs es entweder an dem Objektträger nicht fest haftet oder aber wegen der starken Verdünnung überhaupt nicht zu verwenden ist. Bei dem von mir angegebenen Apparat hält man das Spekulum unter die Ausfluſsöffnung des Spenders, nachdem man den Ausfluſs der festweichen Masse mittels eines Fuſs- oder Handhebels ausgelöst hat. Während des Ausflieſsens der Masse wird nun die Spitze des Spekulums leicht gedreht, so daſs die Auſsenfläche des Spekulums gleichmäſsig eingeglättet ist, während das Innere des Spekulums frei bleibt.

Für die Aufbewahrung von Vaseline, Lanolin oder Hautcreme zum Zwecke der Einfettung der Haut hat sich als äufserst zweckentsprechend die Ärotube[3] bewährt, da diese aus Glas bestehende Tube immer sauber und ohne weiteres desinfizierbar und mit einer Hand leicht zu dirigieren ist.

d) Ein Instrumententisch aus Rohreisen in aseptischer Ausführung, weifs emailliert, mit einer Rohglasplatte und zwei metallenen Platten; unterhalb der Rohglasplatte sind zwei Glasschalen in Schwenkkörben angebracht, welche eine desinfizierende Flüssigkeit, Sublimat usw. aufnehmen. Oberhalb der Rohglasplatte befindet sich in der Mitte ein kleiner Instrumentenschrank, dahinter ein verstellbarer Irrigator mit Ansatzröhren, Schlauch, Tropfglas usw. Zu beiden Seiten des Instrumentenschrankes, der die zum aufsergewöhnlichen Gebrauch bestimmten Instrumente (Hörrohr, Plessimeter, Mastdarmspekulum, PLAYFAIRsche Sonden usw.) enthält, sind zwei grofse drehbare Flaschen angebracht mit zwei Liter Inhalt, die die fertigen antiseptischen Flüssigkeiten enthalten. Auf dem Boden dieses Tisches sind zwei Blechkästen angebracht, einer für Watte und sonstige Verbandstoffe, Tupfer, Mull, der andere für gebrauchte Tücher zum Abwischen.

e) An der Wand befindet sich noch ein kleiner Instrumentenschrank aus Eisen, in welchem die übrigen Instrumente für die gynäkologischen und sonstigen Untersuchungen angebracht sind, und eine kleine Hausapotheke mit den notwendigen Medikamenten und Verbandstoffen.

f) Beleuchtung. Gas oder elektrische Deckenlampe für allgemeine Raumbeleuchtung, drei Steckkontakte für örtliche Beleuchtung mittels eines Reflektors, dann ein Anschlufsapparat für endoskopische Beleuchtung.

g) Schreibpult. Die Federhalter sind empfehlenswert aus Metall und auskochbar, da während der Untersuchung häufig infektiöses Material an dieselben gelangen kann. In der Nähe des links vom Untersuchungsstuhl angebrachten Schreibpultes befindet sich ein Bunsenbrenner und ein Ständer, der zwölf Platinösen aufnimmt. Der Bunsenbrenner wird zweckmäfsig neben dem Schreibpult angebracht, damit die Wärterin, die die entsprechenden Notizen für die mikroskopische Untersuchung auf die Objektträger mit Blaustift schreibt, den Bunsenbrenner für das Ausglühen der Platinösen immer zur Hand hat. Der Vorgang des Aufstrichs für die mikroskopische Untersuchung ist folgender:

Die links vom Arzt stehende Wärterin überreicht dem Arzt die beiden vorher ausgeglühten Platinösen, in der linken Hand hält sie während der Untersuchung den mit u (urethra), c (cervix) und b (BARTHOLINIsche Drüse), ferner mit der Kontrollnummer der Prostituierten und der Nummer des Untersuchungszimmers signierten Objektträger. Der Arzt entnimmt die

[3] Siehe *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 49, S. 261.

entsprechenden Sekrete, streicht sie auf den hingehaltenen Objektträger, woraufhin die so armierten Objektträger in kleinen Objektträgermappen in das Mikroskopierzimmer getragen werden, wo die Präparate von Präparatorinnen untersucht werden. In das Kontrollbuch wird vorher ebenfalls u, c und b und der Name des untersuchenden Arztes eingetragen, damit ein Irrtum nachher ausgeschlossen ist. Menses werden durch ein m angedeutet.

Ähnlich ist der Modus bei der Untersuchung auf Spirochäten, Streptobazillen usw.

Ein bestimmtes Augenmerk ist auf die Platinösen zu richten. Es empfiehlt sich, die Halter vollständig aus Metall, am besten Aluminium, herzustellen, damit sie vollständig sterilisiert werden können. Ein Horngriff ist durchaus zu verwerfen. Ferner empfiehlt es sich, die Platinösen in gröfserer Menge vorrätig zu halten, damit mit infektiösem Material beladene Platinösen jederzeit ohne Zeitverlust sterilisiert werden können.

h) Ein Kleiderschrank für die Kleiderablage des Arztes, für Bürsten usw. und zum Verschliefsen der Kleider.

i) Ein vierteiliger Garderobenständer, kojenartig eingeteilt, jede Koje ist als ein kleiner isolierter Auskleideraum gedacht, damit die Prostituierten, die zweckmäfsig zu je vier das Untersuchungszimmer betreten, voneinander während des Auskleidens getrennt sind. Hierdurch wird eine Übertragung von Kopfläusen, Kleiderläusen oder Infektionen nach Möglichkeit verhütet. Auch finden in den Kojen die Prostituierten nicht so leicht Gelegenheit, sich gegenseitig zu bestehlen, was namentlich dann eintritt, wenn die Kleider von verschiedenen auf einem Tisch zusammengelegt werden.

In jeder Koje befindet sich eine Kleiderablage, ein kleines Tischchen, Schirmständer und ein kleiner Spiegel. Wo es sich um eine Neueinrichtung handelt, ist natürlich ein besonderes Auskleidezimmer, neben dem Untersuchungszimmer gelegen, vorzuziehen. In diesem Auskleideraum sind die einzelnen Kojen untergebracht.

k) Eine spanische Wand, damit man aus dem Warteraum nicht in das Untersuchungszimmer beim Öffnen der Tür hineinsehen kann. Die spanische Wand findet auch Verwendung, wenn aus irgendeinem Grunde zur Stellung der Diagnose eine Urinprobe gemacht werden soll, um die Puellen auf kurze Zeit von den anderen zu isolieren. Anderseits kann die Wand auch zur Verdunkelung beim Augenspiegeln verwandt werden.

Was nun die Gröfse und allgemeine Beschaffenheit des Untersuchungszimmers betrifft, so sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

Das Zimmer mufs mit elektrischem Ventilator versehen sein, um die durch die Ausdünstungen der Puellen schlechtwerdende Luft zu erneuern es mufs durch entsprechende Fenstereinrichtungen gut lüftbar sein, einen

entsprechenden Luftkubus und möglichst in die Wand eingelassene Wasser- und Gasleitungen, Ölanstrich oder Plattenbelag zum gründlichen Reinigen der Wände haben. Der Fufsboden ist zweckmäfsig entweder mit Linoleum oder mit Plattenbelag zu versehen. Gardinen und Vorhänge sind zu verwerfen. Das Mobiliar soll leicht abzuseifen sein, kurzum, alle Ansprüche, die an ein Operations- und Untersuchungszimmer überhaupt gestellt werden, sollen auch im Untersuchungszimmer des Polizeiarztes erfüllt werden.

Ad C. Einrichtung für das Mikroskopierzimmer.

Die Einrichtung für das Mikroskopierzimmer unterscheidet sich nur unwesentlich von denen anderer zum gleichen Zweck eingerichteten Räume, so dafs diese nur kurz zu erwähnen ist. An gröfseren Einrichtungsgegenständen enthält das Zimmer einen fahrbaren Mikroskopiertisch mit Schubkasten zur Aufnahme der Gerätschaften, sowie einen Drehsessel für die Präparatorin, einen gröfseren Schrank aus weifsemailliertem Eisen und Glas zur Aufnahme der Instrumente, Farblösungen usw. Ferner eine aseptische Waschanlage in gleicher Ausführung wie die im Untersuchungsraum befindliche, ein Ausgufsbecken mit Ventilhahn, einen kleinen Universalapparat für Brutzwecke und Paraffineinbettung, eine Konsole für Gläser usw., sowie eine solche für Bücher. Unbedingt erforderlich für ein Mikroskopierzimmer sind: ein Mikroskop mit Ölimmersion und Dunkelfeldbeleuchtung für Spirochätenuntersuchung, Koch- und Färbegeräte für die Objektträger und Farben, sowie Reagentien für die Gonokokken-, Spirochäten- und Strepto - Bazillenuntersuchung. Hierfür kommen in Betracht: LÖFFLERS Methylenblau zur Färbung der Gonokokken, Eosin und Fuchsin conc. zur Gegenfärbung, Gentianaviolett zum Färben der Gonokokken, Polychrom-Methylenblau zur Färbung der Erreger des Trippers und des weichen Schankers, LUGOLsche Lösung als Beize bei der Färbung der Gonokokken nach GRAM, PAPPENHEIMERsche Lösung zum Färben der Erreger des Trippers und Schankers, Alcohol. abs. zum Entfärben bei der GRAMschen Färbung. Das Mikroskopierzimmer ist durch Telephon mit den Untersuchungszimmern verbunden.

Ein Ersatzmittel für Wismut in der Röntgentherapie.

Von

Dr. Karl Ffriedrich Hoffmann,

Spezialarzt für Hautleiden in Coblenz am Rhein.

Der hohe Preis des Wismuts, nicht weniger die durch es verursachten Vergiftungen, haben die Röntgendiagnostiker, die es zur Füllung innerer Organe zu deren besserer Sichtbarmachung verwandten, schon seit längerer Zeit veranlaſst, nach einem Ersatzmittel zu suchen. Lewin schlug den Magneteisenstein vor (*Münch. med. Wochenschr.*, 1909, Nr. 13), Taege das Ferrum oxydatum rubrum (ibid. Nr. 15), Kaestle das Zinkoxyd (ibid. Nr. 50), Krause (Verhandlungen des Röntgenkongresses 1910), später Bachem und Günther wiesen anf das Bariumsulfat hin (*Zeitschr. f. Röntgenkunde*, 1910). Bei allen diesen Vorschlägen war an die Röntgendiagnostik gedacht.

In der Röntgentherapie gebrauchen wir ebenfalls häufig das Wismut, meist zur Umrandung kleiner Gebiete und zur Bedeckung der Augenbrauen und des Schnurrbartes. Die Giftigkeit des Wismuts ist hier gleichgültig. Nur sein hoher Preis läſst auch hier daran denken, es durch gleichwertige, aber billigere Mittel zu ersetzen. Ich habe daher mit Hilfe eines Dosimeters versucht, die Absorptionskraft für Röntgenstrahlen der genannten Ersatzmittel festzustellen. Ich wählte hierzu die Bariumplatincyanürtabletten des neuen Bordierschen Chromoradiometers. Sie wurden, fünf an der Zahl, in einem Kreise von 5 cm Radius angeordnet, auf einer festen Unterlage befestigt und folgendermaſsen bedeckt:

1. Tablette: mit einer 5 mm dicken Schicht Wismutbrei, den ich zwischen zwei dünnen Kartonblättchen hatte trocknen lassen.
2. Tablette: 5 mm dicke Schicht 50%ige Wismutsalbe.
3. Tablette: 5 mm dicke Schicht Ferrum. ox. rubr.-Brei.
4. Tablette: 2 dünne Kartonblättchen, um diese Fehlerquelle auszuschlieſsen.
5. Tablette: Unbedeckt.

Der Focusdosimeterabstand betrug 12 cm, die Härte der Röhre 5 Benoist. Nach vier Minuten zeigte Tablette 5 die Stufe 0 des Bordierschen Radiometers, entsprechend 2,5 Holzknechteinheiten, die Tablette 4 dasselbe, nur um eine Spur blässer. Die Tabletten 1 bis 3 waren vollständig unverändert. Nach weiteren drei Minuten zeigten die Tabletten

4 und 5 gleichmäfsig Stufe 1 gleich 5 H. Die Tabletten 1 bis 3 waren vollständig unverändert geblieben. Hieraus geht also hervor, dafs das Ferrum oxyd. rubr. die gleiche Absorptionskraft wie das Wismut hat. Nur haftet ihm ein grofser Nachteil an. Es stellt einen schmierigen rotbraunen Brei dar, der auf der Haut eine rote Farbe hinterläfst, die mit Wasser nur teilweise, auch mit Benzin nicht spurlos zu entfernen ist. Bei Bestrahlungen im Gesicht ist es daher nicht zu verwenden. Ich versuchte daher das Bariumsulfat. Wieder wurden vier Bordiertabletten im Kreise geordnet und bei einer Focusdosimeterdistanz von 20 cm mit einer Röhre von 5 Benoist Härte bestrahlt. Die Dosimeter waren folgendermafsen bedeckt:

1. Tablette: 5 mm dicker Wismutbrei.
2. Tablette: 5 mm dicker Bariumbrei.
3. Tablette: 2 Kartonblättchen.
4. Tablette: Unbedeckt.

Nach 10 bzw. 23 Minuten zeigten die Tabletten 3 und 4 übereinstimmend Stufe 0, später 1. Tablette 1 und 2 waren unverändert. Das Barium sulfuricum ist also ein vollwertiger Ersatz des teuren Wismuts. Mit noch zwei anderen Röhrentypen wiederholt, ergab dieser Versuch stets dasselbe Resultat.

Der Preisunterschied ist aufserordentlich. Bismutum subuitricum kostet im Grofshandel 18 Mark, Bismutum carbonicum 20 Mark, das Zinkoxyd, mit dem ich mich nicht beschäftigt habe, in seiner billigsten Form 11 Mark, das Ferrum oxydatum rubrum 1,50 Mark, das Barium sulfuricum 35 Pfennig. Auf ein chemisch absolut reines Präparat kommt es dabei gar nicht an. Dabei ist das Barium im Gebrauch ebenso sauber als das Wismut. Es ist ein schneeweifser Brei, der sich restlos von der Haut entfernen läfst. Ich verwende es ausschliefslich statt des Wismuts. Es hat sich mir auch praktisch einwandsfrei bewährt.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 109, Heft 3. September 1911.

1. **Über das sog. Sarcoma idiop. multiplex haemorrhagicum (Kaposi).** Klinische und histologische Beiträge, von G. B. Dalla Favera-Parma. Verfasser hat in den letzten Jahren in der Klinik von Parma sechs einschlägige Fälle beobachtet, die in bezug auf klinische Erscheinungen, Verlauf und anatomische Veränderungen von einigem Interesse sind; so konnte unter anderen in zwei zur Sektion gelangten Fällen die histologische Untersuchung der Sarkomherde der inneren Organe (Lungen, Magendarmtraktus, Leber, Lymphdrüsen) systematisch durchgeführt werden. Im An-

schlufs daran unternimmt Verfasser eine ziemlich eingehende Sichtung der Literatur. Er glaubt, dafs die Annahme, dafs die semitische Rasse eine besondere Neigung zu dem Kaposischen Sarkom zu haben scheine, einer Kritik bedarf, jedenfalls nicht genügend begründet zu sein scheint. Andererseits kann er in Übereinstimmung mit den Angaben früherer Autoren feststellen, dafs die Krankheit eine ausgesprochene Bevorzugung bestimmter Länder aufweist, während andere Länder verschont bleiben. Das Vorhandensein einer allgemeinen Disposition (Männer des Arbeiterstandes, die anstrengenden Berufen nachgehen und unter schlechten hygienischen Verhältnissen leben) ist sicher; in einem von Favera selbst beobachteten Falle war auch eine örtliche Disposition gewisser Körperteile nachzuweisen.

Die Arsenmedikation hatte wenig Erfolg; auch die Arseneinführung mittels Elektrophorese (Winkler) hat sich nicht bewährt. Es wäre dagegen möglich, dafs die Aussichten einer Heilung durch die frühzeitige Exzision des Primärherdes weit besser sich gestalten würde.

Wenn auch der histologische Bau der Krankheitsherde am meisten dem der Sarkome ähnelt, so sind die Veränderungen doch prinzipiell mit der Natur der Granulome vereinbar; und da sonst der Annahme einer Geschwulstnatur des Leidens manches im Wege steht, erscheint dem Verfasser die Annahme eines infektiösen Agens bestechend.

Das Literaturverzeichnis umfafst 142 Nummern.

2. **Über einige Transformationsformen der Plasmazellen**, von J. E. R. McDonagh-London. Verfasser berichtet über histologische Untersuchungen, welche die verschiedenen Arten der Transformation oder des Rückganges von Plasmazellen dartun. Im ersten Falle handelt es sich um ein geschwürig zerfallenes Sarkom der Hüfte, das rasch zum Tode führte. Histologisch untersucht wurde ein Stück Haut aus der Umgebung des Geschwürs. „Einige der Plasmazellen sind entschieden spindelförmig und haben grofse Ähnlichkeit mit den fixen Bindegewebszellen, aber ob die Plasmazellen sich von den festen Bindegewebszellen herleiten oder ob die Bindegewebszellen aus ersteren gebildet werden, läfst sich nicht mit Gewifsheit bestimmen. Der Umstand, dafs die meisten derselben einen Mantel um die Blutgefäfse bilden und dafs Leukocyten mit diesen Zellen vermengt vorkommen, spricht zugunsten ihres lymphocytischen Ursprungs, ja in einigen Fällen kann man den Übergang beobachten.“ „Meiner Meinung nach entspringt die Sarkomzelle der Plasmazelle, welche ihren Ursprung den Lymphocyten verdankt.“ Die zwei weiteren Fälle, an denen Verfasser diese Untersuchung vorgenommen, betreffen eine Lymphodermia perniciosa und papulotuberkulöse Syphilide. „Die Sarkomzellen sind grofs, deren Protoplasma körnig und die Zelle ist hauptsächlich von Kernen angefüllt, welche wohlmarkierte Nukleoli enthalten. In dem zweiten Fall behalten die Plasmazellen des Plasmoms ihre normale Gröfse, aber das Protoplasma ist körnig und der Umrifs der Zelle ist infolge des Verschwindens des Zellenhäutchens ein unregelmäfsiger. Der Kern erfüllt den gröfsten Teil der Zellen, aber jede einzelne Zelle enthält selten zwei, niemals mehrere Kerne; der Kern färbt sich schwach, jedoch nicht so schwach als der Kern der Sarkomzelle; er enthält mehr chromatische Substanz und ist nicht ausnahmslos von einem glänzend roten Nukleolus erfüllt. In diesen beiden Fällen findet sich eine Neubildung von Blutgefäfsen und eine Zunahme von Pigmentzellen.

In dem dritten Fall sind viele Zellen zusammengeflossen, eine Erscheinung, die man weder im ersten noch im zweiten Fall antrifft. Das Protoplasma ist hyalin, der Kern ist nicht geschwollen und enthält keinen Nukleolus.“

3. **Über Priapismus**, von Oskar Scheuer-Wien. Sch. berichtet über eine Reihe einschlägige Fälle und gibt kurze Notizen über Fälle aus der Literatur, deren er 133 gesammelt hat. Um alle diese Fälle verschiedener Ätiologie unter einen Hut zu

bringen, gibt er folgende Definition: Unter Priapismus versteht man den Zustand langanhaltender, über die normale Dauer hinausreichender, unwillkürlicher Erektion des männlichen Gliedes, die sowohl im Anschlufs an sexuelle Vorgänge als auch unabhängig von solchen auftreten können. Von den normalen Erektionen unterscheiden sich diese krankhaften sofort dadurch, dafs sie für den Betreffenden nicht nur nicht angenehm, sondern meist qualvoll sind oder mindestens ohne Wollustgefühl auftreten. Er versucht eine Einteilung der verschiedenen Formen in folgender Weise:

A. Lokale Ursachen.

1. peripher:
   a) durch nervösen Einflufs (reflektorisch) erzeugt;
      α) durch entzündliche Reizzustände der Harnröhre und ihrer Drüsen;
      β) durch Wucherungen oder Geschwülste in der vorderen oder hinteren Harnröhre;
   b) durch mechanische Ursachen in den Schwellkörpern;
      α) durch Übergreifen eines Krankheitsprozesses von der Harnröhre auf die Schwellkörper;
      β) durch selbständig auftretende lokale Erkrankungen des Penis;
         αα) entzündlicher Natur;
         ββ) neoplasmatischer Natur;
         γγ) traumatischer Natur;
2. zentral:
   a) durch anatomische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks:
      α) traumatischer Natur;
      β) neoplasmatischer Natur;
      γ) entzündlicher Natur;
   b) bei funktionellen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks.

B. Allgemeinerkrankungen.

1. peripher:
   a) Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Lues, Typhus); ähnlich wirken auch eitrige Erkrankungen, wie die Appendicitis;
   b) Intoxikationen;
   c) Konstitutions- und Blutkrankheiten (Leukämie, Gicht, Diabetes);
2. zentral:
   Intoxikationen.

4. **Ein Naevus mit quergestreiften Arrectores pilorum**, von R. Polland-Graz. Bericht über einen interessanten Naevus am Kinn eines 18jährigen Bauernmädchens, dessen histologische Untersuchung den auffälligen Befund von Muskelbündeln mit deutlicher Querstreifung ergab, die augenscheinlich den Arrectores pilorum entsprachen. Da bisher im Naevus noch nie quergestreifte Muskelfasern gefunden sind, erscheint der Fall der Beachtung wert.

5. **Atrophodermia erythematodes reticularis** (Poikilodermia atrophicans vascularis Jacobi), von Rudolf Mueller-Wien. Bei einer 25jährigen Wäscherin fanden sich am Hals und an den oberen Brust- und Rückenpartien Veränderungen, die Verfasser als oberflächliche, in zahlreichen kleinsten disseminierten, meist netzförmig konfluierenden Herden auftretende atrophisierende Dermatitis ansieht. An beginnenden Stellen der Erkrankung fanden sich dichtstehende erythemähnliche Ektasien kleinster Gefäfse. Histologisch besteht neben Vermehrung der Keratohyalinschichte mit Hyperkeratose ausgeprägtes Ödem der oberen Cutisschicht, mäfsige lymphocytäre Infiltrate, Degeneration der elastischen Fasern und stellenweise Anhäufung von Pigmentzellen. Verfasser stellt seinen Fall neben die von Jacobi zuerst beschriebene Poikilodermia

atrophicans vascularis, gibt aber der Erkrankung einen anderen Namen, um dieselbe unter die Atrophodermia erythematodes einzureihen, deren er nun die circumscripte, peripher fortschreitende, zentral atrophisierende Form des Lupus erythematodes und seine Atrophodermia erythematodes reticularis unterscheidet.

6. **Über den Transport des Pigments aus der Haut.** Ein Beitrag zur Pathologie der Depigmentationen, insbesondere des Leukoderma syphiliticum, von Meirowsky-Cöln a. Rhein. Experimente mit folgender Versuchsanordnung: Rasiert man schwarzen Kaninchen die Haare und setzt sie dem Sonnenlicht aus, so zeigt die Haut derselben auf dem Höhepunkt der Pigmentbildung eine alle Schichten umfassende Pigmentierung der Epidermiszellen von den Basalzellen bis zu denen der Hornschicht. Es findet sich das Pigment in den verzweigten Zellen, den von Ehrmann sogenannten Melanoplasten, und in den gewöhnlichen Epithelzellen. Die Cutis ist entweder vollständig frei vom Pigment oder es findet sich in spärlicher Menge in einzelnen verzweigten Zellen. Während die Haare wieder wachsen und die Haut sich langsam wieder entfärbt, wurden von Woche zu Woche Hautstückchen exzidiert, und histologisch untersucht. Dabei zeigte sich, dafs das Pigment mit den Hornschichten abgestofsen wird, während andererseits der im Übermafs gebildete Farbstoff auf dem Wege der Lymphbahnen in die Cutis zurückfliefst. Auf diesem Rückwege gelangt das Pigment bis in die Lymphdrüsen, wo reichlich melanotischer Farbstoff frei oder in grofsen Konglomeraten oder in verzweigten, langgestreckten Zellen oder in den normalen Lymphzellen der Drüsen nachweisbar ist.

Während eine normale Zelle den Pigmentschwund durch Neuproduktion ausgleichen würde, geschieht dies beim syphilitischen Leukoderma nicht, weil die Spirochaeta pallida einen die Pigmententstehung verhindernden Einflufs ausübt. Die Depigmentierung beim Leukoderma ist wahrscheinlich Folge einer örtlichen Wirkung der in der Epidermis und dem Papillarkörper gelegenen Spirochäten.

7. **Über einen Fall von Erythema elevatum et diutinum,** von Ludwig Zweig-Dortmund. 46jähriger Mann mit geldstückgrofsen, derben Knoten von braun-roter bis blau-roter Farbe an beiden Unterarmen; Wassermann negativ, Tuberkulinprobe negativ, histologisch das mikroskopische Bild eines Erythema elevatum et diutinum seu Granuloma annulare. Therapeutisch war alles was versucht wurde, ohne Wirkung.

8. **Über einige Phytonosen,** von Friederich Kanngiesser-Neuchâtel. Wiedergabe einiger Laienberichte über Dermatitiden nach Berühren verschiedener Pflanzen. Da die Fälle nicht ärztlich jeweils untersucht worden sind und Unrichtigkeiten teilweise unterlaufen, erscheint die Mitteilung von wenig Wert.

9. **Pulsierende Urtikariaquaddel,** von A. Nagy-Innsbruck. Bei einem 21jährigen jungen Mann wurden Urtikariaquaddeln, die von Insektenstichen herrührten, ganz oberflächlich inzidiert, durch Saugwirkung entleert und mit Kollodium betupft. Nach dieser Behandlung, die nach den Erfahrungen des Verfassers gewöhnlich zum Verschwinden der Quaddeln und des Juckens führt, zeigte sich folgendes ungewöhnliche Phänomen: Es zeigte sich am Saume, welcher als roter hyperämischer Ring die gröfseren Effloreszenzen umgibt, eine mit dem Pulse synchronische Erweiterung und Verengerung dieses Ringes mit solcher Deutlichkeit, dafs sie auch dem Patienten auffiel, welches Phänomen stark an das Pulsationssymptom an den Fingernägeln der an Aorteninsuffizienz leidenden Kranken erinnerte. Von der Seite betrachtet, konnte auch eine ganz kleine Lokomotion des Kollodiumdeckhäutchens in vertikaler Richtung beobachtet werden.

10. **Diathesen in der Dermatologie,** von B. Bloch-Basel. Referat über einen von Bloch auf dem Kongrefs für innere Medizin in Wiesbaden gehaltenen Vortrag.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band 14, Nr. 12. September 1911.

1. **Untersuchungen über das Vorkommen von Leukocyten im Prostatasekret**, von Goldberg-Wildungen. G. wendet sich gegen die Arbeit von Bjoerling, der auf Grund von wenigen Fällen die Behauptung aufgestellt hatte, dafs Leukocyten im Prostatasekrete der normalen Prostata in kleinen und grofsen Mengen immer nachgewiesen werden können. G. weist auf die zahlreichen Untersuchungen anderer Forscher und Praktiker hin und erklärt auf Grund seiner klinischen Erfahrungen und etwa 5000 Sekretuntersuchungen, dafs das Prostatasekret bei Gesunden und nie blennorrhoisch krank gewesenen Geschlechtsreifen eine homogene Milch darstellt; die Prostatakörner enthalten Körnchenkugeln und vereinzelte runde Zellen, die vielleicht Leukocyten sind; solche Zellen findet man im Gesichtsfeld nur einzeln. Ferner weist G. darauf hin, das Patienten, welche einen Tripper durchgemacht haben, auch dann, wenn im Verlauf ausgesprochene Prostatasymptome nicht zur Beobachtung kamen, in den meisten Fällen Leukocyten im Prostatasekret zeigen. Und schliefslich betont G. die Notwendigkeit einer geeigneten Technik zur richtigen Untersuchung der Prostata. „Der Patient liegt auf einem horizontalen Untersuchungstisch; der Oberkörper ist mäfsig erhöht, der Beckenrand überragt ein wenig das untere Ende des Tisches; die Füfse ruhen in Beinhaltern und sind einander genähert, die Oberschenkel sind flektiert und weit abduziert, die Knie flektiert. Der Arzt steht vor dem Patienten, stützt sein rechtes Bein auf ein Bänkchen am unteren Ende des Tisches, seinen rechten Ellenbogen auf seinen rechten Oberschenkel und führt den rechten Zeigefinger in den Anus des Patienten ein. Liegt die Prostata hoch, so läfst man den Patienten noch etwas so vorrücken, dafs er sein Gesäfs seinen Füfsen nähert. Man streicht nun radiär zentripetal von dem äufseren Rande der Prostata nach der in der Urethra prostatica gelegenen Mitte zu. Zum Schlufs geht man dicht hinter der Symphyse mit der aufs Abdomen gelegten linken Hand ein und drückt etwa weit nach oben oder an der vorderen Zirkumferenz gelegene Teile dem im Anus massierenden Finger entgegen. Tritt nun, nachdem man alle Stellen etwa zwei bis drei Minuten bearbeitet hat, am Orificium kein Saft aus, so läfst man den Patienten aufstehen, umhergehen, und die (natürlich vor der Massage gründlich gereinigte) Harnröhre ausstreichen. Es ist nicht selten, dafs nunmehr erst, zwei bis drei Minuten nach beendeter Massage, das Sekret am Orificium erscheint. Es kann aber auch vorkommen, dafs nichts am Orificium erscheint; das beweist durchaus nicht, dafs kein Sekret gewonnen werden kann; sondern nur, dafs es eben nicht ausfliefst. Man läfst dann den Patienten urinieren, und hat nunmehr, und zwar bei Gesunden in ganz einwandfreier Weise, in der Trübung oder dem Satz des Urins das ausgeprefste Sekret der Vorsteherdrüse.“

2. **Über Sublaminseife**, von Piorkowski. Untersuchungen über die bakterizide Wirkung der Sublaminseife gegenüber der Sublimatseife auf Staphylokokken und Streptokokken; Staphylokokken wurden durch 10%ige Lösungen der Sublimatseife in zwei bis drei Minuten, durch 1%ige Lösungen nach 20 Minuten tödlich beeinflufst. Streptokokken wurden sowohl von 1%igen als auch von 10%igen Lösungen meist nach fünf Minuten abgetötet, während 10%ige Lösungen von Sublaminseife Staphylowie Streptokokken fast augenblicklich töteten. Von 1%igen Sublaminseifenlösungen wurden Staphylokokken nach zehn Minuten, Streptokokken fast sofort abgetötet.

W. Lehmann-Stettin.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 11. Heft 6 und 7. Juni und Juli 1911.

1. **Statistik über die Luetiker im Namba-Hospital zu Osaka,** von S. Nakano-Osaka.

2. **Über einige Fälle von extragenitalem Schanker,** von T. Kinoshita-Tokio.

3. **Ein Fall von syphilitischer Initialsklerose im äufseren Gehörgang,** von T. Ota-Tokio.

4. **Ein Fall von Ulcus durum an der oberen Mundlippe,** von S. Sano-Tokio.

5. **Über atypische Syphiliseruption,** von S. Nakano-Osaka.

6. **Über die Spirochaeta pallida in den syphilitischen Herden,** von K. Miyazaki-Tokio.

7. **Über die Seroreaktion der Lues,** von K. Sakurane und Sh. Yamada-Osaka.

8. **Über die Epiphaninreaktion,** von H. Nakano und K. Umezu-Tokio.

9. **Serodiagnose bei Syphilis,** von U. Matsuura und Sh. Matsumoto-Kioto. Untersuchungen an 704 Fällen; als Antigen bedienten sich Verfasser eines alkoholischen Extraktes aus Menschenherzen, das nach ihren Erfahrungen von konstanter Wirkung und zugleich sehr gut haltbar ist.

10. **Bedarf Wassermanns Methode in bezug auf sichere Resultate einer Verbesserung?** von Y. Murakani-Utsunomia.

11. **Über die Beziehungen der Salvarsanbehandlung zur Wassermannschen Seroreaktion,** von Sh. Matsumoto-Kyoto. Erfahrungen aus 200 Fällen, von denen nur in 55 Fällen Nachuntersuchungen nach Ablauf geraumer Zeit vorgenommen werden konnten. Verfasser ist der Meinung, dafs das Salvarsan einen ausgesprochenen Einflufs auf den Wassermann hat, wenngleich ein Negativwerden nicht in allen Fällen zu erreichen ist und wenngleich die Schwankungen des Wassermann nicht parallel gehen mit der Intensität der klinischen Erscheinungen. Zwischen dem Temperaturanstieg nach der Injektion (für den Verfasser die Hyperleukocytose verantwortlich machen möchte) und Schwankungen des Wassermann ist kein Zusammenhang nachweisbar.

12. **Erfahrungen über die Salvarsanbehandlung bei Syphilis,** von U. Matsuura-Kyoto.

13. **Über die Behandlung der Lues,** von Y. Tsutsui-Chibo.

14. **Über die Wirkung und Nebenwirkungen des Salvarsan bei Syphilis,** von L. Toyama-Sendai.

15. **Über die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung gegen Syphilis,** von H. Nakano-Tokio.

16. **Über die Dosierung von Salvarsan,** von S. Inouye-Tokio.

17. **Über das Schicksal von Salvarsan am Injektionsort,** von A. Takahashi-Tokio.

18. **Über die durch Salvarsaninjektion hervorgerufene Peroneuslähmung,** von T. Miyata.

19. **Über die Eingangspforte von Cystitiserregern in die Blase,** von A. Nakajima und A. Takahashi-Tokio.

20. **Bakteriologische Untersuchung des Blasenkatarrhs beim Weibe nach Urethritis blennorrhoica,** von S. Nakano-Osaka.

21. **Über Cystitis beim Weibe,** von S. Akutsu-Tokio.

22. **Über die Vaccinebehandlung bei Cystitis des Mannes,** von S. Okugawa und T. Kuboyama-Osaka.

23. **Anwendung des Hydrargyrum oxycyanatum bei urologischen Krankheiten,** von E. Iida-Tokio.

24. **Über die Behandlung der Cystitis,** von Sh. Dohi-Tokio.

25. **Über die Kapazität der Harnblase,** von S. Inouye-Tokio.

26. **Ein Fall von Blasenstein mit Blasenpapillom,** von H. Nakano-Tokio.

27. **Leprabazillen im zirkulierenden Blute der Leprakanken,** von K. Ohashi-Osaka.

28. **Über die Seroreaktion bei Lepra,** von K. Mitsuta und M. Murata-Tokio.

29. **Leprabazillen im Samen bei leprösen Männern,** von Sh. Mabuchi-Osaka.

30. **Über die Beziehungen der Insekten zur Lepra,** von I. Mononobe-Osaka.

31. **Über die Leprakranken in der Stadt Kusatsu,** von M. Murata-Tokio.

32. **Über die Tuberkulinbehandlung bei Lepra,** von J. Yamameto-Kyoto.

33. **Über bei mehreren Familienmitgliedern aufgetretene Ichthyosisfälle,** von Sh. Sei-Hiroshima.

34. **Zur Behandlung der Alopecia areata,** von H. Nakano und Y. Fujitani-Tokio.

35. **Ein Fall von Trichorrhexis nodosa,** von Y. Sasaoka-Tokio.

36. **Drei Fälle von Keratoma palmare et plantare hereditarium,** von T. Okoshi.

37. **Pyocyanasewirkung bei Ulcus molle und Bubo,** von S. Nakano, K. Abe und T. Murata-Osaka.

38. **Über den Bau des Colliculus seminalis,** von T. Orimo-Tokio.

39. **Über den Gonokokkenträger nebst bakteriologischer Untersuchung von Sekreten bei der blennorrhoischen Endometritis,** von S. Nakano, K. Abe und T. Atsuta-Osaka.

40. **Die Erfahrungen über die Sacralanästhesie,** von G. Maki und R. Noguchi-Tokio.

W. Lehmann-Stettin.

Folia urologica.

Bd. VI, Nr. 4. September 1911.

1. **Die Endresultate der Nephrektomien bei Nierentuberkulose,** von James Israel-Berlin. I. gibt die Erfahrungen von 170 eigenen Beobachtungen und Schlufsfolgerungen aus diesen und beinahe 900 aus der Literatur zusammengestellten Fällen. I. steht absolut auf dem Standpunkt der Notwendigkeit des operativen Eingriffs: Mit Spontanheilung hat die Nierentuberkulose nicht zu rechnen, die Tuberkulinbehandlung führt keine Heilung der Niere herbei. Der Prozentsatz der Patienten, die nach der Operation früher oder später eingehen, beträgt etwa 25%; und diese gehen zum grofsen Teil an den Folgen der sonst im Körper befindlichen Tuberkulose zugrunde. „Die Nephrektomie bei bilateraler Tuberkulose ist nur zulässig bei schwerer Zerstörung der stärker ergriffenen Niere, bei häufigem Auftreten schwerer Blutungen, bei nicht zu bekämpfenden Schmerzen und Koliken, wenn die zurückgelassene Niere noch im Beginn der Erkrankung steht.

Die Nephrektomie bei einseitiger Nierentuberkulose schützt die zweite Niere in erheblichem Mafse vor postoperativer Erkrankung an Tuberkulose. Die Übertragung der Tuberkulose von einer Niere auf die andere erfolgt viel häufiger, als von irgendeinem aufserhalb der Niere belegenen Herde, insbesondere der Lunge.

Nach der Nephrektomie bei einseitiger Tuberkulose verschwinden die Tuberkelbazillen aus dem Harn in drei Viertel aller Fälle.

Die Häufigkeit der Persistenz der Bazillen steigt mit der Ausdehnung der vor der Operation vorhandenen Blasenaffektion.

Die Abwesenheit von Bazillen ist nur durch ein negatives Impfresultat festzustellen.

Der Befund der Bazillen kommt bei völlig normalem Verhalten des Allgemeinbefindens, der verbliebenen Niere und der Blasenfunktion vor und ist unter diesen Umständen bis zum 17. Jahre p. op. beobachtet worden.

Bazillen können in vollkommen eiweifsfreiem Harn gefunden werden.

Die überwiegende Zahl aller Patienten mit Bazillenbefund ist schmerzfrei geworden.

Bei 75 % aller bazillenhaltigen Fälle war die Miktionsfrequenz ganz oder fast normal geworden.

Bei den meisten Bazillenträgern bestehen morphologische und chemische Harnveränderungen, aber nicht häufiger als bei den bazillenfreien.

Bei 94,7 % der Patienten mit bazillenhaltigem Harn war das Körpergewicht gesteigert.

Ein Teil der Patienten mit positivem Bazillenbefund verhält sich hinsichtlich der Symptomlosigkeit wie die Bazillenträger nach Abdominaltyphus.

Laut Ausweis des Verschwindens der Bazillen wird die Tuberkulose bei 63,8 % geheilt.

Bei mehr als drei Viertel aller Nephrektomierten wird der Urin nicht völlig normal; bei 53,4 % bleibt Albumen, meistens nur spurweise; rote Blutkörperchen und Schatten bei 48,8 %; Leukocyten bei 46,5 %; Cylinder, meistens hyaline, bei 23,2 %.

Cystoskopisch nachweisbare Heilung der Blasenerkrankung kommt in 43,5 %, unvollkommene Rückbildung in 45,1 %, Stillstand oder Verschlechterung in 9 % vor.

Die Bazillen verschwinden häufiger, als die Affektion der Blasenschleimhaut; ein grofser Teil der später cystoskopisch nachweisbaren Veränderungen ist nicht mehr tuberkulös.

Die Besserung von Schmerz und Miktionsfrequenz erfolgt in demselben Prozentsatz (80 bis 90 %) wie die cystoskopisch nachweisbare Besserung der Blasenaffektion; aber völlige Normalisierung tritt hinsichtlich des Schmerzes doppelt so häufig, als hinsichtlich der Frequenz ein.

Postoperative Verschlechterung einer vorher normalen Frequenz hängt meistens von Erkrankung der zurückgebliebenen Niere ab.

Je gröfser die Ausdehnung der Blasenaffektion, desto seltener verschwindet der Schmerz. Verschwinden des Schmerzes erfolgt häufiger als Heilung der Blasentuberkulose.

Die Tuberkulose des Harnleiters heilt meistens spontan nach der Nephrektomie.

In 11,5 % kommt es zu Ureterfisteln, deren gröfster Teil innerhalb von vier Jahren zur Ausheilung kommt.

Die Art der Ureterversorgung hat keinen ausgesprochenen Einflufs auf die Häufigkeit der Fistelbildung.

Das Körpergewicht steigt in 93,9 % der Fälle nach der Operation.

Schwangerschaft beeinflufst eine zurückgelassene normale Niere nicht ungünstiger als die Nieren Gesunder.

Heiratskonsens darf Männern und Frauen erst nach dauerndem Verschwinden der Bazillen erteilt werden."

„Alle Ergebnisse unserer Untersuchung sprechen zugunsten der obligatorischen Frühoperation bei einseitiger Tuberkulose."

2. **Über die in dem Becken vorkommenden Verkalkungen, die mit Uretersteinen verwechselt werden können**, von Béla Alexander-Budapest. Eingehender Bericht über einen einschlägigen interessanten Fall. Nichts Neues.

3. **Beitrag zur Nierenchirurgie**, von Guido Bonzani-Pavia. Bericht über 19 operierte Fälle Tuberkulose, Steinniere, Hydronephrose, Tumoren usw.) und deren Ausgang.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Band VI, Heft 9. September 1911.

1. **Die Abortivbehandlung der Syphilis mit lokalen Hektininjektionen und allgemeiner Quecksilberbehandlung versagt,** von Henry Moutot-Lyon. Verfasser berichtet eingehend über einen 20jährigen jungen Menschen, dessen Infektion ungefähr fünf Wochen zurücklag und der unter peinlichster Befolgung der Vorschriften von Hallopeau behandelt wurde und trotzdem zwei Monate später ein papulöses Exanthem bekam. Dieser eigenen Beobachtung fügt er zwei Fälle von Jambon und Augagneur an, in denen der gleiche Mifserfolg zu konstatieren war.

2. **Die antisyphilitischen Kuren haben keine Präventivwirkung.** Auftreten eines Primäraffektes bei einem Kranken während der Quecksilberbehandlung, von Ed. Joltrain. Kasuistik.

3. **Der weiche Schanker der Finger und der Hand,** von Druelle und Thibaut. 52 aus der Literatur gesammelte einschlägige Fälle werden kurz mitgeteilt; darunter eine Reihe Beobachtungen, die ein ganz atypisches Bild zeigten, entweder banalen Geschwüren oder Panaritien gleichen, deren Diagnose nur durch die bakteriologische Untersuchung sicher gestellt werden konnte. Komplikationen scheinen bei Fingerschankern selten zu sein. Weder Gangrän nach Phagedänismus sind beobachtet worden, selbst zu Drüsenerkrankungen am Ellenbogen und in der Achselhöhle kommt es relativ wenig häufig.

4. **Heilung (?) einer Syphilis $1^{1}/_{2}$ Jahr nach der Infektion; neuer syphilitischer Schanker,** von George S. Whiteside-Portland, Oregon. Der Kranke war innerlich lange Zeit mit Hg-Pillen behandelt worden und bekam immer wieder neue Erscheinungen und hatte stets positiven Wassermann. Nach einer intravenösen Injektion von 0,6 Salvarsan heilen alle Erscheinungen ab, eine drei Wochen später vorgenommene Wassermannprobe ist negativ. Vier Wochen später kommt der Kranke mit weichen Schankern wieder in Behandlung, von denen einer induriert und das typische Bild einer primären Syphilis darbietet mit Spirochätenbefund und positivem Wassermann. *W. Lehmann-Stettin.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1911. Heft 2.

Fortsetzung des Berichts über die 12. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis.

Mariotti: **Über die bis jetzt erhaltenen Resultate in der Abortivbehandlung der Syphilis mit lokaler Behandlung von Einspritzungen mit Quecksilbercyanür.**

Simonelli: **Über den Wert der Reaktion von Porges und Ascoli-Izar in Vergleich mit der Wassermannschen.** Ebenso Usuelli und Pasini.

Ossola: **Beitrag zum klinischen und pathologisch-anatomischen Studium der Purpura annularis teleangiectoides (Majocchi).**

Galimberti: **Die Wirkung der roten und blauen Strahlen des Spektrums auf einige Kulturen von Hyphomyceten und lebende tierische Gewebe.**

Vignolo-Lutati: **Ein Fall von sogenanntem Lichen spinulosus.**

Sabella: **Die experimentelle Wirkung von Nastin-B. Bemerkenswerte Erfolge bei einem Leprösen.**

Truffi: **Ein Fall von circumscriptem Lymphangiom der Haut.**

Originalarbeiten:

Beitrag zum Studium der Übertragbarkeit auf hereditärem Wege der Syphilis beim Kaninchen, von LOMBARDO. Auf Grund seiner Untersuchungen der experimentellen Syphilis beim Kaninchen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die Rezidive der Keratitis specifica sind entweder selten oder sehr zahlreich; können sich einstellen lange Zeit nach der Inokulation (16 bis 19 Monate) und auch einige Male nach einer langen Latenzperiode, man kann Rezidive haben auch in Korrespondenz mit dem Initialaffekt an den Genitalien. Was die Übertragbarkeit der Syphilis auf hereditärem Wege betrifft: Die Keratitis beim Weibchen und die Hautsyphilis beim Männchen scheinen die Fruchtbarkeit und Gravidität nicht zu beeinflussen; die von diesen syphilitischen Kaninchen geworfenen Jungen sterben leicht jung und die, die weiter leben, zeigen eine gröſsere Resistenz gegen Inokulation von Syphilis als die normalen Kaninchen; sind sie geschlechtsreif geworden, erzeugen sie gewöhnlich Junge, bei denen sich dieselben Fakta wiederholen; man kann also kein Faktum berichten, das sicher auf hereditäre Syphilis zu beziehen ist, welche also unter den jetzigen Experimentsbedingungen als ziemlich selten beim Kaninchen betrachtet werden muſs.

Über die Behandlung einiger Dermatosen mit Kohlensäureschnee, von DALLA FAVERA. Die Methode der Gefrierung mit Kohlensäureschnee verdient einen festen Platz in der dermatologischen Therapie. Sie scheint besonders indiziert beim Lupus erythematodes, den Gefäſs- und Pigmentnaevi und Keloiden. Histologisch finden sich degenerative und nekrotische Veränderungen, hervorgerufen durch das Trauma der Erfrierung, und folgende entzündliche Reaktion. Der Erfolg bei Prozessen, die anderen therapeutischen Maſsnahmen hartnäckigen Widerstand entgegensetzen, ist nach Verfassers Meinung dadurch begründet, daſs durch die Gefrierung nicht nur eine oberflächliche, wie nach anderen Methoden, sondern eine tiefe und gleichmäſsig verteilte Entzündung hervorgerufen wird. *Haas-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Die Syphilis im Lichte der modernen Forschung, mit besonderer Berücksichtigung ihres Einflusses auf Geburtshilfe und Gynäkologie, von FRANZ WEBER-München. Mit 8 Abbildungen im Text. (S. Karger, Berlin 1911.) Nach einem historischen Überblick bespricht W. die Übertragung der Syphilis auf Tiere, die zuerst METSCHNIKOFF und RONA (1903) gelungen ist, und ihre weitere Wichtigkeit für die Syphilisforschung durch die Forschungen von NEISSER, FINGER, LANDSTEINER u. a. erwiesen hat. Im zweiten Kapitel wird die Spirochaeta pallida, deren Färbemethoden usw., im dritten Kapitel die WASSERMANNsche Serodiagnostik der Syphilis beschrieben. Letzteres Kapitel zerfällt wieder in folgende: Über die Entwicklung der Serodiagnostik der Syphilis, welche bekanntlich von der Komplementbindungsreaktion, von BORDET und GENGOU im Jahre 1901 angegeben, ihren Ausgang nahm und durch WASSERMANN, BRUCK und NEISSER (1906) ihren Aufbau fand, das Wesen der Serodiagnostik, die mehrere Arten von Erklärung nun findet: die Komplementbindung als Immunitätsreaktion oder als Reaktion, bei der in erster Linie physikalisch-chemische Momente mitspielen. Was die Technik der WASSERMANNschen Reaktion selbst anbelangt, so gibt Verfasser zwar eine Übersicht über alle die Modifikationen, die sowohl bezüglich der Extrakte als des Komplements angegeben wurden, lehnt aber alle sogenannten Vereinfachungen als

unzuverlässig und irreführend ab und empfiehlt aufs dringendste, sich bei den serologischen Untersuchungen nur strenge nach den ursprünglichen WASSERMANNschen Vorschriften zu halten. Wenn auch bei verschiedenen anderen Krankheiten, wie besonders Scharlach, Lepra, Framboesie usw., die syphilitische Serumdiagnose zuweilen positive Reaktionen ergeben hat, so ist W. der Überzeugung, daſs es sich hierbei immer nur um Ausnahmefälle handelt, die der Reaktion ihren Charakter der Spezifität nicht nehmen können. Der Wert der Reaktion liegt, wie W. zum Schlusse dieses Kapitels, das in auſserordentlich übersichtlicher Weise alles Wissenswerte über die WASSERMANNsche Reaktion bringt, hervorhebt, vor allem auf dem Gebiete der feineren Diagnostik, bei allen zweifelhaften und diagnostisch unsicheren Fällen, bei solchen Krankheitsbildern, die uns nur vage Anhaltspunkte für Lues darbieten, in denen wir die Reaktion entweder anstellen, um die Syphilis auszuschlieſsen, oder weil die klinische Erfahrung uns gelehrt hat, in dunklen Fällen an Lues wenigstens zu denken. In sehr vielen, wenn auch nicht allen Fällen biete uns die Serodiagnose eine Sicherheit des Handelns, die weit über das hinausgeht, was wir bisher trotz sorgfältigster Ausnutzung der klinischen Beobachtung erreichen konnten.

Der zweite Hauptabschnitt ist der Syphilis in der Gynäkologie und Geburtshilfe mit besonderer Berücksichtigung der WASSERMANNschen Seroreaktion und des Spirochätennachweises gewidmet. Die pathologische Anatomie der syphilitischen Frucht, der Nabelschnur und der Placenta und die Vererbung der Syphilis werden besprochen, letztere besonders in bezug auf das COLLESsche und das PROFETAsche Gesetz; es sei aus den ziemlich weit ausholenden Deduktionen W.s nur hervorgehoben, daſs diese Frage der Vererbungsweise der Syphilis auch durch die neuen Wege der Syphilisforschung (WASSERMANNsche Reaktion und Spirochätennachweis) zwar der Aufklärung näher gebracht, aber doch noch nicht völlig geklärt sind. Bezüglich der Untersuchung der Ammen und Ammenkinder hat sich übrigens in der Serodiagnostik ein Gebiet von der gröſsten Wichtigkeit eröffnet, das eine in der Praxis bisher fühlbare Lücke auszufüllen berufen scheint. Ein kurzer Überblick über die Therapie (einschlieſslich des Salvarsans) und Literaturangaben bilden den Schluſsabschnitt des Buches. *Stern-München.*

Terminologie und Morphologie der Säugetierleber nebst Bemerkungen über die Homologie ihrer Lappen, von FERDINAND MEYER-Cöln a. Rh. (M. & H. Schapper, Hannover 1911.) Das sorgfältig durchgearbeitete Buch, das sich mit den Entwicklungsformen, den Wachstums- und Gröſsenverhältnissen der Leber sowie deren Morphologie beschäftigt und zum Schlusse neue Vorschläge für die Terminologie bringt, muſs im Original gelesen werden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Kosmetik für Ärzte, von HEINRICH PASCHKIS-Wien. Vierte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. (Alfred Hölder, Wien und Leipzig 1911.) Bereits in der vierten Auflage erscheint das treffliche Buch von PASCHKIS und zeigt durch diese Tatsache, daſs es sich im Laufe der Jahre den groſsen Leserkreis erschlossen hat, den es verdient. Es ist gar keine Frage, daſs das Buch von PASCHKIS nicht nur vielen Dermatologen ein wertvoller und praktischer Wegweiser gewesen ist, sondern daſs es den Hauptanteil daran trägt, wenn dieses Gebiet der ärztlichen Praxis überhaupt zurückgewonnen ist — dieses Gebiet, das so vielfach als medizinische Kleinkunst bezeichnet, in der Praxis von auſserordentlich praktischer Wichtigkeit nicht nur für den Spezialisten, sondern vor allem auch den praktischen Arzt ist. Und gerade die Eigenart des Buches, die dem Leser nicht wahllos eine Handvoll Rezepte darbietet, leitet ihn zum Studium des einzelnen Falles an und nötigt ihn, wie auch sonst in der Medizin zu individualisieren. Die auſserordentlich geschickte Art der Darstellung, die historische Rückblicke und ästhetische Erwägungen geschickt einflicht, macht die Lektüre zu einer

genufsvollen und zu gleicher Zeit leichten, so dafs die meisten Artikel wohl auch ohne Vorkenntnisse jedem verständlich sind und darum auch von intelligenten Laien gelesen werden können und wohl auch sollen, wenngleich bestimmungsgemäfs das Buch sich nur an Ärzte richtet. Jedenfalls kann es jedem Arzte zum eifrigsten Studium nur eindringlichst empfohlen werden. *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über eine neue Methode, das Salvarsan nachzuweisen, von J. Abelin-Bern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 19.) Folgendes Verfahren wird als eine sehr empfindliche Reaktion zum Nachweis von Salvarsan im Urin empfohlen: Zu 7—8 ccm Urin setzt man 5—6 Tropfen verdünnter Salzsäure hinzu und gibt nach dem Abkühlen 3—4 Tropfen einer $^1/_2$%igen Natriumnitritlösung hinein. Von dieser Lösung bringt man einige Tropfen in ein etwa 5—6 ccm einer alkalischen 10%igen Resorcinlösung enthaltendes Reagenzglas, worauf sofort eine deutliche Rotfärbung der zuvor farblosen Resorcinlösung erfolgt. Besonders schön tritt dies zutage, wenn man ohne umzuschütteln das Uringemisch vorsichtig auf die Resorcinlösung schichtet. Bei längerem Stehen bildet sich an der oberen Flüssigkeitsschicht eine dunkle Zone. Verfasser konnte auf diese Weise bei einigen Patienten schon zwei Stunden nach der intravenösen Injektion von Salvarsan dasselbe im Urin nachweisen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Gefahren und Kontraindikationen des Salvarsans, von Fred Wise-New York. (*New York med. Journ.* 29. April 1911.) Die Gefahren bestehen in den verschiedenen Reizungen lokaler Art bei der subcutanen und intramuskulären Einführung des Mittels, sei es in saurer, neutraler oder alkalischer Lösung oder Suspension, und in Störungen allgemeiner Art, wie sie auch bei der intravenösen Injektion vorkommen können. Es ergeben sich daher absolute und relative Kontraindikationen; zu ersteren gehören: Aorteninsuffizienz, Aortenstenose, Aneurysma, Herzmuskelerkrankungen, Myocarditis, Angina pectoris, Arteriosklerose, degenerative Erkrankungen des Zentralnervensystems, ernste Fälle von Netzhaut- und Nervus opticus-Affektionen, Nierenerkrankungen nichtsyphilitischer Natur, Diabetes und Magengeschwür. Zu den relativen Gegenindikationen gehören: Herzneurosen, gut kompensierte Herzfehler, akute Infektionskrankheiten, Kachexie, chronische schwächende Krankheiten, hohes Alter, Schwangerschaft in den letzten vier bis fünf Monaten, schliefslich Fälle, die vorher mit Enesol, Atoxyl, Arsacetin oder einem anderen Arsenpräparat behandelt worden sind. *Stern-München.*

Zur Kasuistik der späten Nebenerscheinungen des Salvarsans, von Demjanowitsch. (*Med. Obosrenje.* 1911. Bd. 75, Nr. 9.) Zu den späten Nebenerscheinungen nach der Salvarsaninjektion rechnet Verfasser das Auftreten eines Ausschlags, welchen er in zwei Fällen, am achten Tage nach Einspritzung des Salvarsans nach Taege beobachtete. Der Ausschlag begann unter Fieber auf den Handrücken, Ellenbogen und Knien und breitete sich dann, einmal scharlachähnlich, das anderemal masernähnlich, über den ganzen Körper aus, um in einigen Tagen wieder zu verschwinden.

Arthur Jordan-Moskau.

Heilwirkungen und Nebenwirkungen des Salvarsans auf das Ohr, von Haike und Wechselmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 16.) Die Heilwirkung des Salvarsans auf luetische Ohrenerkrankungen ist den anderen Heilmitteln überlegen.

Die sechs einschlägigen Fälle werden in ihren Einzelheiten mitgeteilt. Hervorgehoben wird die schnelle Besserung des Gehörs bei einer Frau mit inveterierter Lues und Schwerhörigkeit beiderseits, ebenso bei einem Mädchen mit hereditärer Lues, die seit zwei Jahren schwerhörig ist und häufige Schwindelanfälle hat. Einzelne Fälle, die sich auf Hg nicht besserten, blieben auch durch Salvarsan unbeeinflufst.

Unter 3000 Fällen wurden siebenmal Ohrenerkrankungen nach der Injektion beobachtet. Der Auffassung Becks, dafs es sich um die Folge von Giftwirkung des Mittels handele, wird zunächst der vom allgemein toxikologischem Standpunkt aus erhobene Einwand Ehrlichs entgegengehalten, dafs diese Nervenerkrankungen durch eine zweite Injektion desselben Mittels geheilt werden. Die Erfahrung wird an fünf Fällen bestätigt. Dem Hinweis, dafs nach Arsacetininjektionen bei weifsen Mäusen Gewebsschädigungen des Ramus vestibularis beobachtet wurden, wird entgegengehalten, dafs solche Veränderungen bei Mäusen nach Salvarsaninjektionen nicht beobachtet wurden.

Die von Beck gemachte Voraussetzung, dafs Vestibularisstörungen als luetische Affektionen sonst aufsergewöhnlich selten seien, halten die Verfasser für einen reinen statistischen Irrtum. Die Feststellung dieser Störungen sei erst seit wenigen Jahren (Báranys Untersuchungen) möglich, der Symptomenkomplex: Gleichgewichtsstörungen und Brechreiz, führen den Patienten meist zum Internisten oder Neurologen. Dafs auch nach Hg ähnliche Erscheinungen aufträten, beweise ein Fall Becks, wo ein Patient während der Frühbehandlung an Schwindel und Kopfschmerzen, Parese des rechten Facialis und totaler Ausschaltung des N. vestibularis erkrankt sei.

Der negative Wassermann bei den fraglichen Fällen sei nicht auffallend, sondern bei luetischen Prozessen des Zentralnervensystems häufig. Ein Fall der Verfasser hatte positiven Wassermann.

Die Behauptung von Finger und Alexander, dafs die Zahl der Ohrenerkrankungen im Sekundärstadium bei Salvarsanbehandlung überhaupt gröfser sei, weist auf eine Abweichung von dem gewöhnlichen Verlauf der Ohrlues hin. Das Gehörorgan wird im frühen Sekundärstadium im allgemeinen am Mittelohr, im Tertiärstadium an Labyrinth und Hörnerv betroffen. Die Verfasser stellen zwar fest, dafs auch ohne Salvarsan ganz gleichartige Ohraffektionen auftreten können, ferner, dafs in allen von ihnen nach Salvarsanbehandlung beobachteten Fällen auch das Mittelohr affiziert war und schliefsen daraus, dafs die Neurorezidive nicht eine spezifische neurotrope Wirkung des Salvarsans sind, aber sie glauben, dafs durch die Salvarsanbehandlung die üblichen Tertiärerscheinungen am Acusticus und Labyrinth häufiger in das Frühstadium der Syphilis gerückt sind. Die von Wechselmann schon früher gegebene Erklärung hierfür ist bekanntlich die, dafs eingekapselte syphilitische Herde, deren Gefäfse durch den syphilitischen Prozefs zeitweise undurchgängig sind, vom Salvarsan nur Spuren erhalten. Diese geringen Mengen unterhalb der abtötenden Dosis wirken auf die Spirochäten als biologischer Reiz, der die beobachteten Neurorezidive hervorzurufen geeignet ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Nierenschädigungen durch Salvarsan, von R. Mohr-Leipzig. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 16.) Drei Beobachtungen von Nierenaffektion nach Salvarsaninjektionen. Es handelt sich bei einem intravenös behandelten Fall nicht um eigentliche Nephritis, sondern um eine akute Parenchymdegeneration, wie z. B. bei der Sublimatniere. Die Erscheinungen gehen zum Teil sehr schnell zurück, entsprechend der kurzen Dauer der Einwirkung des Arsens auf die Nieren bei intravenöser An-

wendung. Bei den beiden anderen nach intramuskuläer Injektion aufgetretenen Fällen handelt es sich dagegen um echte Nephritis. Diese Erfahrungen lassen mit Recht auf längere Zeit nach der Injektion hinaus ausgeführte Urinkontrollen als erforderlich erscheinen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Spastische Spinalerkrankung bei Lues nach Salvarsan, von M. Juliusberg und G. Oppenheim - Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 29.) Ein 46jähriger, gut genährter Mann erhielt drei Monate nach der Infektion eine intravenöse Injektion von 0,4 Salvarsan und acht Tage später eine zweite Dosis in der gleichen Weise. Es waren zurzeit ein unzweifelhaftes Primärsyphilid mit zahllosen Spirochäten am Penis vorhanden, aber sonstige syphilitische Läsionen waren nicht hervorgetreten. Wenige Tage nach der zweiten Injektion bot der Patient ausgiebige Symptome einer ernsteren Affektion des Rückenmarks dar: Spastische Parese beider Beine, gesteigerte Patellarreflexe, Blasen- und Mastdarmlähmung, Fufsklonus, Babinskysches Symptom usw. Unter Hg und J besserten sich die Erscheinungen in sehr erfreulicher Weise; doch ist völlige Genesung noch nicht eingetreten. Ob dem Salvarsan eine schädigende Wirkung in diesem Falle zuzuschreiben sei, oder ob es sich um ein rein zufälliges Zusammentreffen handelte, wollen Verfasser nicht entscheiden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ischiadicuslähmung mit Entartungsreaktion nach intramuskulärer, schwerer Kollaps nach subcutaner Injektion von Salvarsan, von W. Rindfleisch-Dortmund. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 25.) Verfasser berichtet über folgende zwei Unfälle bei der Salvarsanbehandlung: Ein 29jähriger, an afebriler Lungentuberkulose leidender Arbeiter erhielt wegen sekundär-luetischer Prozesse am weichen Gaumen eine intramuskuläre Injektion von 0,7 Salvarsan in 10 ccm einer schwach alkalischen Lösung. Etwa acht Stunden später stellten sich heftige Schmerzen im Bein ein und hielten mehr oder weniger intensiv drei bis vier Wochen lang an. Dabei entwickelten sich ausgiebige Störungen im Ischiadicusgebiet, und zurzeit der Publikation war die Wadenmuskulatur noch atrophiert (Umfang des Unterschenkels $3^1/_2$ cm geringer als auf der gesunden Seite) bei fortbestehender Lähmung im Peroneusgebiet. Bei dem zweiten Fall, einem 50jährigen Mann mit Aortenaneurysma, trat ein schwerer, aber mit vollständiger Wiederherstellung endender Kollaps nach subcutaner Injektion von 0,2 in 10 ccm schwach alkalischer Lösung ein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein schwerer Zufall nach Salvarsan, von C. Mann - Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 31.) Ein kräftiger junger Offizier mit latenter Lues, der vorher fünf Inunktionskuren und andere antisyphilitische Behandlung erhalten hatte, wurde mit einer endovenösen Injektion von 0,6 Salvarsan behandelt. Er ging gegen den ausdrücklichen ärztlichen Rat noch am selben Abend aus und trank am folgenden Tage wohl auch reichlich Wein. Am dritten Tage nach der Injektion traten plötzlich folgende Symptome hervor: Völlige Bewufstlosigkeit ohne jede Reaktion, tonisch-klonische Krämpfe der Extremitäten und der Kaumuskeln und weite, träge reagierende Pupillen, Fieber bis 39,6°. Erst nach drei Tagen kehrte das Bewufstsein wieder zurück; bald nachher war aber völliges Wohlbefinden wieder eingetreten. Vielleicht liegt bei diesem Patienten eine Neigung zu epileptoiden Anfällen vor; er hat früher seiner Angabe nach eine wohl derartige Attacke erlitten, bei der er sich in die Zunge gebissen hat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Todesfälle nach Salvarsaninjektionen bei Herz- und Gefäfskrankheiten, von K. Martius. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 20.) Auf Veranlassung von P. Ehrlich hat Verfasser eine kritische Sichtung aller bisher bekannt gewordenen Fälle, bei denen nach Salvarsanbehandlung der Tod unter den Erscheinungen einer

schädigenden Wirkung auf das Blutkreislaufsystem eintrat, unternommen. Die Liste umfaſst 18 Fälle, von denen drei im Senkenbergischen Institut zur Beobachtung gelangten, während die übrigen teils schon von den betreffenden Beobachtern anderweitig publiziert, teils brieflich privatim an E. berichtet worden sind. Nicht berücksichtigt sind hierbei die (meist schon veröffentlichten) Todesfälle, welche sich auf Kranke mit schweren Gehirnstörungen und auf luetische Kinder bezogen. Aus den mit möglichster Vollständigkeit wiedergegebenen Berichten über den klinischen Verlauf und den Sektionsbefund entnimmt nun M. folgende Schluſsfolgerungen: Unter allen bisher bekannt gewordenen (18) Fällen sind nur sieben, bei denen tatsächlich eine Schädigung des Herzens durch das Salvarsan angenommen werden kann. Bei fünf derselben wurde durch die Obduktion die Trias: Aortitis luetica, Koronarsklerose und Myocarditis bzw. Myodegeneratio cordis nachgewiesen. Bei einem Falle fand man Hypoplasie des Herzens und der Aorta, bei einem anderen wurden noch schwere Erkrankungen, die an sich schon den Tod herbeizuführen geeignet waren, an verschiedenen anderen Organen nachgewiesen. Bei vier von den Kranken hatte man klinisch keine objektiven Veränderungen am Herzen oder an den Gefäſsen nachweisen können. Demnach muſs aber die oben genannte Trias, Aortitis luetica, Koronarsklerose und Myocarditis als absolute Kontraindikation gegen die Anwendung des Salvarsans gelten; während Angina pectoris ohne Komplikation von seiten des Herzmuskels (wie an einigen hier angeführten Beispielen gezeigt wird) durch das Mittel in der günstigsten Weise beeinfluſst werden kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Charakter der Abscesse nach Salvarsaninjektionen, von Violin. (*Praktitscheski Wratsch.* 1911. Nr. 25.) Die zuweilen viele Monate nach einer subcutanen bzw. intramuskulären Salvarsaninjektion auftretenden Abscesse zeichnen sich beim Einschnitt in dieselben dadurch aus, daſs sich kein Eiter findet, sondern daſs das Gewebe abgestorben ist und bedeckt ist mit kleinen Partikelchen eines graubraunen Pulvers. V. spricht sich gegen die intramuskuläre Anwendung des Salvarsans aus.

Arthur Jordan-Moskau.

Einige Bemerkungen zur Salvarsanwirkung bei der Larynxlues, von F. Henke-Königsberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 31.) In der Königsberger Poliklinik hat H. zwei Fälle beobachtet, bei denen die intraglutäale Injektion von 0,6 bzw. 0,45 Salvarsan bei Kehlkopfsyphilis eine äuſserst befriedigende Wirkung ausübte. Der eine Fall ist bereits von Gerber publiziert. Die groſse schnell eintretende Erleichterung bei diesen Fällen führt Verfasser zum Teil auf die vom Salvarsan auch auf die sonstigen in den oberen Luftwegen anzutreffenden Spirillen ausgeübte Wirkung zurück. Bei der Gefährlichkeit der Jodkaliumbehandlung bei Larynxlues infolge des dabei leicht sich entwickelnden Ödems sind diese Erfolge, denen sich andere bereits publizierte anreihen, besonders bemerkenswert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilitische Iritis und Syphilide zwei Monate nach einer Salvarsaninjektion, von Loaec. (*Lyon méd.* 1911. S. 786.) Ein Patient mit Sklerose am rechten Nasenloche und Roseola erhielt 0,5 Salvarsan subcutan. Zwei Monate später kam er mit Rezidivroseola, Iritis, Alopecie und Mundpapeln wieder zur Behandlung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Angina Plaut-Vincenti mit Salvarsan behandelt, von Achard und Ch. Flandin. (*Bull. méd.* 1911. S. 385.) Verfasser behandelten eine schwere Angina Plaut-Vincenti, die beide Tonsillen und den weichen Gaumen ergriffen und zum Verluste der Uvula geführt hatte, lokal mit Salvarsan in alkalischer Lösung und als Pulver. In zwei Tagen fiel das Fieber und stieſsen sich die Beläge ab, nachdem vorher jede andere Therapie vergeblich gewesen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Leukoplakie mit Salvarsan behandelt, von Laignel Lavastine und Portres. (*Bull. méd.* 1911. S. 385.) Verfasser injizierten einem Patienten, bei dem ein halbes Jahr nach der Infektion typische Leukoplakie am Mundwinkel aufgetreten sein soll, 0,6 Salvarsan, worauf die Affektion binnen vier Tagen verschwand.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Neurotropie und Depotwirkung des Salvarsans, von K. Heuser-Berlin. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 15.) Bei diesen drei Fällen aus der Buschkeschen Abteilung handelt es sich um folgende Erscheinungen, welche der Verfasser mit der vorhergehenden Salvarsanbehandlung in Zusammenhang bringt:

1. Iritis papulosa und epileptiforme Anfälle im Frühstadium der Lues. Hier wird Arsen- in Kombination mit Bleiintoxikation angenommen oder sekundäre Epilepsie im Frühstadium der Syphilis.

2. Stimmband- und Gaumensegellähmung. Hier soll das Salvarsan entweder direkt schädigend gewirkt haben oder für die Lues einen Locus minoris resistentiae geschaffen haben.

3. Hirnlues mit Sprachstörungen und epileptiformen Krämpfen. Verfasser glaubt, dafs es den Anschein habe, als ob die nach Salvarsanbehandlung beobachteten Fälle von Hirnsyphilis häufiger mit diesen eigenartigen epileptiformen Anfällen zutage treten, als es wenigstens unserer bisherigen Erfahrung entspreche.

Von Interesse sind die zum Schlufs mitgeteilten Resultate über die Remanenz des Arsen im Organismus: in mehreren Fällen war noch $^1/_2$—$^3/_4$ Jahr nach der intramuskulären Einspritzung das Arsen im Harn nachweisbar, bei intravenösen Injektionen noch ein bis drei Monate im Harn und in einem Falle im Blut.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Neurorezidive nach Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Desneux und Dujardin-Brüssel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 23.) Unter 350 von den Verfassern mit Salvarsan behandelten Fällen boten sechs Patienten Neurorezidive dar. Aus den die Hauptmomente enthaltenden Krankengeschichten ist zu entnehmen, dafs es sich in allen Fällen um eine frische Erkrankung (zwei bis acht Monate nach der Ansteckung) handelte, die meistens auch sonst ernstere Läsionen setzte. Es handelte sich dreimal um einen Chancre cephalique, einmal um tuberkulös-syphilitische Geschwüre und zweimal um papulöse Roseola. Ferner fiel das häufige Auftreten meningitischer Erscheinungen auf und es wird noch hervorgehoben, dafs bei allen sechs Kranken die Behandlung eine ungenügende gewesen war und dafs Besserung meistens eintrat bei weiterer Behandlung, sei es, dafs Hg angewandt wurde oder weiter mit Salvarsan behandelt wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Bedeutung des Salvarsans für die innere Medizin, von Wilhelm Schemm. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1911.) *Fritz Loeb-München.*

Die lokale Wirkung des Salvarsans in der Oto-Rhino-Laryngologie, von Fernando Bertran. (*Rev. clin. de Madrid.* 1911. Nr. 7.) Die Schleimhautplaques und gummösen Ulcerationen des Pharynx, Larynx und der Nasenhöhlen bessern sich schnell bei Lokalapplikation einer 1%igen sauren Salvarsanlösung. Diese Behandlung ist immer indiziert, besonders aber in den Fällen, in welchen eine intravenöse Applikation kontraindiziert ist. Sie soll überhaupt ganz an Stelle der bisher üblichen Pinselungen mit Argentum nitricum, salpetersaurem Quecksilberoxydul und ähnlichen Mitteln treten.

Gunsett-Strafsburg.

Injektion oder Infusion bei der intravenösen Salvarsanbehandlung? von Hans Assmy-Berlin. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 15.) Die Vorteile der Infusion vor der Injektion werden ausführlich dargelegt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein neuer Apparat, um Salvarsan intravenös zu injizieren, von Edgar G. Ballenger-Atlanta. (*New York med. Journ.* 29. April 1911.) Das vorher aufgelöste Salvarsan wird mit einer warmen, chemisch reinen, sterilisierten Kochsalzlösung gemischt und durch ein Filter in einen gewöhnlichen Infusionsapparat getrieben; der von diesen ausgehende Gummischlauch wird dann mit einem Dreiweghahn verbunden und an diesem eine Injektionsnadel von ziemlich weitem Kaliber angefügt. Ein zweites Glasinfusionsgefäfs wird durch einen zweiten Gummischlauch mit der dritten Öffnung des Dreiweghahnes verbunden und ein Stückchen Glasröhre nahe derselben in den Gummischlauch eingefügt, um durch das abfliefsende Blut zu zeigen, ob die Nadel in die Vene gelangt ist. Die Luft wird vollständig aus den Schläuchen, dem Hahn und der Nadel entfernt und der Hahn schliefslich so gestellt, dafs die Salvarsanlösung abgeschlossen und der Weg von der Nadel zur Kochsalzlösung offen ist. Eine Klammer wird endlich an dem Schlauch, der zur Kochsalzlösung führt, angebracht, um während des Nadeleinstiches deren Ausfliefsen zu verhindern. Sodann läfst man, wenn man das Blut ungehindert ausströmen sieht (durch die nahe dem Hahn befindliche Glasröhre), nach Entfernung der Abschnürung etwa 50 ccm der Kochsalz-, und wenn keine Schwellung um die Injektionsstelle auftritt, die Salvarsanlösung einlaufen. Sind mehrere vergebliche Versuche, die Nadel in die Vene einzuführen, gemacht worden, so injiziert man Kokain und legt die Vene durch einen Einschnitt in die Haut frei; nachdem das Salvarsan einverleibt ist, wird die Wunde mit ein oder zwei Nähten geschlossen und mit einem sterilen Verband bedeckt. B. hat 136 Salvarsaninjektionen ausgeführt, davon 108 intravenös und 28 subcutan und intramuskulär; er zieht erstere bei weitem vor, trotz der schwierigeren Technik, und hat bis jetzt nur gute Erfahrungen damit gemacht.

Stern-München.

Zur Technik der intravenösen Eingiefsung des Salvarsans, von Krylow. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 16.) Eine warme Empfehlung der Anwendung der Treupelschen Nadel bei intravenöser Eingiefsung des Salvarsans. *Arthur Jordan-Moskau.*

Beiträge zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von H. Ploeger-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 20.) Um das Eindringen von Luftblasen resp. anderen unerwünschten Beimengungen in die Salvarsanlösung und die Kochsalzlösung mit gröfserer Sicherheit zu verhindern, hat P. die sonst gebräuchliche Glaskanüle in der Weise abgeändert, dafs er das Mittelstück derselben zu einem gröfseren abgeplattet kugeligen Hohlraum ausdehnte und das vordere Ende so herrichtete, dafs jede beliebige Injektionsnadel direkt aufgesetzt werden kann. Ferner hat er in analoger Weise einen Doppelapparat hergestellt, bei welchem die eine Röhre resp. Hohlkugel für die Kochsalzlösung, die andere für die Salvarsanmischung bestimmt ist. Bei etwa 200 Injektionen hat sich ihm die Einrichtung sehr bewährt. Kollaps kam niemals vor. Dagegen sah man öfters, dafs kleine Luftblasen in dem Sicherungsraum abgefangen wurden und auch Glassplitter, Salvarsanklumpen und einmal sogar eine Leinenfaser. Das Infundieren von 200 ccm dauert (unter Verwendung eines Irrigators) nur drei bis sechs Minuten und kann auch ohne Assistenz ausgeführt werden, was Verfasser jedoch nicht als besonders vorteilhaft ansieht. Man bezieht die Apparate von Frohnhäuser, München, Sonnenstrafse.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verbesserte Technik für die intravenöse Salvarsaninjektion mittels einer Vakuumbürette, von Alexander H. Uhle und William H. Mackinney-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 8. Juli 1911.) Um die zu injizierende Flüssigkeit auf einer bestimmten Temperatur zu erhalten, liefsen Verfasser eine luftleere Röhre, welche oben und unten mit dem die Injektionsflüssigkeit enthaltenden und 300 ccm fassenden Zylinder verbunden ist, konstruieren; der Zwischenraum zwischen beiden Glasbehältern

beträgt etwa $^{1}/_{4}$ Zoll und wird luftleer gemacht. Das obere Ende des inneren Zylinders ragt als Hals etwa $1^{1}/_{2}$ Zoll weit hinaus, dem unteren ist eine Pipette und Verschlufshahn, mit welchem der vier Fufs lange, mit der Platiniridiumnadel endigende Schlauch verbunden ist, angefügt; in den Schlauch ist etwa sechs Zoll vom distalen Ende entfernt ein Transfusionsthermometer, welcher die Temperatur der zu injizierenden Flüssigkeit angibt, eingefügt. Nach der gewöhnlichen Zubereitung der alkalischen Salvarsanlösung wird die Vacuumröhre mit ungefähr 200 ccm physiologischer Kochsalzlösung von 45—50° C gefüllt; man läfst sie durch Öffnen des Hahnes in den Schlauch gelangen und macht so die Röhre luftleer, worauf der Hahn wieder geschlossen wird. Die Injektion der Salvarsanlösung wird dann in der gewöhnlichen Weise ausgeführt, indem der Apparat etwa zwei Fufs hoch gehalten wird, womit der Abflufs der Lösung etwa zehn Minuten braucht. Mit dieser Technik ist ein Verlust von etwa 10° in der Temperatur der Flüssigkeit (beim Durchgang durch den Schlauch) verbunden, so dafs sie mit etwa 38° C in die Vene gelangt. Der ganze Apparat, mit Ausnahme der Vakuumröhre und der Thermometer, wird gekocht, letztere werden mit 95% Alkohol und Kochsalzlösung gründlich gereinigt, bevor sie gebraucht werden.

Stern-München.

Zur Technik der intravenösen Infusion des Salvarsan, von Th. Hausmann-Tula. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 1911. Nr. 8.) Nichts Neues.

Arthur Schucht-Danzig.

Einige Bemerkungen zur intravenösen Anwendung des Salvarsans, von J. Fürész-Miskoliz. (*Gyógyászat.* 1911. Nr. 18.) Auch Verfasser ist nach seinen eigenen Erfahrungen der Ansicht, dafs die intramuskuläre oder subcutane Dosierung des Salvarsans aufgegeben werden mufs. Nekrosen, Abscesse, wochenlang anhaltende grofse Schmerzen und auch die Infiltration selbst sprechen dafür. Es ist eine grofse Seltenheit, dafs die Infiltration ganz verschwindet. Verfasser beobachtete insgesamt 112 Fälle. Bei Benutzung der Schreiberschen Spritze oder des Weintraudschen Irrigators wird auch bei der gröfsten Genauigkeit ein wenig Luft aufgesogen und etwas davon kommt immer in die Vene. Dies war aber bei keinem Patienten von schädlicher Wirkung. In die Armvenen eines Patienten drang in einem $^{1}/_{2}$ m langen Drain Luft ein, ohne dafs sie ausgeprefst worden wäre, und doch konnte keine schädliche Wirkung wahrgenommen werden. Jetzt legt Verfasser das Gummirohr auf die Nadel erst dann an, wenn das Salvarsan schon in der Nadel ist. Kein Tropfen Luft dringt ein, aber die Nadel kann leicht von der Stelle gerückt werden und die Vene durchstechen. Deshalb liefs Száethó eine der Dieulafoyspritze ähnliche Nadel in der Form eines γ anfertigen. Als Schüttelglas wurde ein ganz gewöhnliches 300 g fassendes, mit kleinem Glasstöpsel versehenes Medizinfläschchen benutzt. Statt eines Irrigators bzw. Zylinderglases wurde ein gewöhnlicher Trichter benutzt, in das zeitweise von dem Schüttelglas Salvarsan gefüllt wird. Der Patient begab sich zu Fufs oder auf Wagen nach Hause und blieb bis zum andern Tage im Bett. Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen, Fieber und andere Symptome der Arsenvergiftung waren sehr oft vorhanden, aber am nächsten Morgen fühlten sich die Patienten wohl. Alle konnten ihrer Beschäftigung nachgehen. Es ereignete sich aber auch, dafs sich der Patient trotz der strengen Anordnung nicht zu Bett gelegt und sich doch gut gefühlt hat, als wäre ihm nichts geschehen. *Porosz-Budapest.*

Die intravenöse Salvarsaninjektion, von W. Ross Thomson-Warsaw. (*New York med. Journ.* 29. April 1911.) Th. macht nach Kokaininjektion eine etwa 3—4 cm lange Inzision über der Vena basilica, benutzt eine scharfe Nadel zur Injektion und schliefst mit zwei Fäden die Hautwunde. Sein Apparat besteht aus einer 20 ccm Glasspritze, einem Stöpselhahn und einem graduierten Zylinder und hat sich ihm

besser bewährt, wie die offenen Glasgefäfse, da, was sehr wichtig, die Lösung unter einer konstanten Temperatur gehalten werden kann, während bei letzteren die Flüssigkeit sich vor Beendigung der Injektion beträchtlich abkühlt. TH. glaubt, dafs die Schüttelfröste, über welche nach Salvarsaninjektion berichtet wird, auf allzu kalte Lösung zurückzuführen sind, da sie auch der intravenösen Injektion normaler Salzlösung, die nicht unter geeigneter Temperatur vorgenommen wird, nachfolgen. Die Fälle von Facialislähmung und Neuritis optica, über die berichtet wurde, sind wahrscheinlich der höheren Dosis (über 0,5) Salvarsan zuzuschreiben. In der Mehrzahl der Fälle dürfte nachfolgende Quecksilberbehandlung ein wertvolles Unterstützungsmittel der Salvarsaninjektionen sein, wiewohl TH. mehrere Fälle gesehen hat, wo letztere allein scheinbar genügte. *Stern-München.*

Neuere Erfahrungen über intravenöse Salvarsaninjektionen ohne Reaktionserscheinungen, von WECHSELMANN-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 28.) Als eine mögliche Ursache der beim Injizieren von Salvarsan schon allerdings nicht ganz selten beobachteten Unfälle nennt W. den beim käuflichen destillierten Wasser gewifs recht verbreiteten Mangel an Keimfreiheit. Er ist deshalb dazu übergegangen, sich das Wasser selbst zu destillieren und aseptisch aufzufangen. Mit 0,9% NaCl versetzt hat er es dann für Einspritzungen, die er in seiner Privatwohnung bei 150 Patienten vornahm, verwendet. Nach zwei und vier Stunden zeigten sämtliche Patienten Temperaturen unter 37° und befanden sich durchaus wohl. Es erscheint durchaus nicht ausgeschlossen, dafs das Salvarsan an sich neben der schon beschriebenen den Blutdruck vermindernden Wirkung auch auf die Temperatur herabsetzend wirkt. Verfasser rät noch dringend zur Vorsicht bei Herzkrankheiten, nicht nur bei alten, sondern auch bei jugendlichen Individuen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Die Behandlung der ekzematösen Hornhautgeschwüre, von A. ELSCHNIG-Prag. (*Klin. therapeut. Wochenschr.* 1911. Nr. 26.) Klinischer Vortrag. *Schourp-Danzig.*

Zur Kenntnis der Pityriasis rubra pilaris, von KARL LEMBACH. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1910.) Mit einer Abbildung. Zu kurzem Referat nicht geeignete Arbeit, in der besonders auch die Differentialdiagnose berücksichtigt wird. *Fritz Loeb-München.*

Über Pemphigus foliaceus, von BRONISLAWA GALKUS. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Bei Vergleichung des Pemphigus foliaceus mit dem Pemphigus vulgaris ergeben sich wesentliche Unterschiede. Zwar beginnt auch der Pemphigus foliaceus in der Regel mit Eruption von Blasen, jedoch sind sie meist klein und haben nicht die pralle, glänzende Wölbung wie bei Pemphigus vulgaris, vielmehr sehen sie schlapp, matsch aus, sie gleichen dann am meisten durch Vesikantien, Kantharidenpflaster usw. erzeugten Blasen. Der Hauptunterschied von Pemphigus vulgaris besteht aber darin, dafs an der Basis der geplatzten Blasen keine Überhäutung erfolgt, sondern gleich nach der Bildung dünner Epidermis neue Blasen entstehen und dann wird die Haut mit Epidermisfetzen und Krusten bedeckt. Die Blasen entwickeln sich an wenigen zentralen Stellen, mit Vorliebe am Thorax, Rumpfe, Abdomen, seltener an den Armen und Beinen und breiten sich per continuum über die ganze Hautoberfläche aus, nicht wie bei Pemphigus vulgaris dadurch, dafs neue Blasen gesetzt werden, sondern in der Weise, dafs von der ursprünglichen Blasengrenze aus die Epidermis peripherwärts

losgewühlt und das Corium über ausgebreitete Strecken freigelegt wird. Im Laufe von Monaten oder Jahren wird allmählich der ganze Körper okkupiert. Die Bildung von Blasen tritt in den Hintergrund oder sistiert, um dem Bilde einer generalisierten Erythrodermie Platz zu machen. Durch diese Bildung neuer Epidermisloswühlungen kommt es zu Schichten von Epidermismassen, die eine Ähnlichkeit mit den Blättern des Butterteiges zeigen. Die randständigen Partien lassen sich von der Unterlage leicht abheben und hierbei tritt die unverhornte, feuchte Epidermisschicht zutage. Die abgehobene Schicht wird dann in Form weifslicher, flacher Schuppen abgestofsen. Derselbe Vorgang wiederholt sich wieder. Wenn sich die Kranken erholen und damit ihre Haut besser ernährt wird, so bilden sich wieder Blasen und der Pemphigus foliaceus kann in Pemphigus vulgaris übergehen, wie die Erfahrungen verschiedener Verfasser zeigen. Die Übergänge sind selten, jedoch mit Sicherheit konstatiert. In aufserordentlich seltenen Fällen entwickeln sich nach dem Platzen der Blasen auf den exkoriierten Stellen papilläre nässende Wucherungen. Sie beginnen gewöhnlich in der Anal- oder Genitalgegend, an den Lippen, in der Achselhöhle, an den Beugeseiten der Gelenke der Extremitäten, breiten sich serpiginös aus und überziehen im weiteren Verlauf auch andere Körperstellen. Diese Form führt in kurzer Zeit zum Tode und ist von Neumann als Pemphigus vegetans bezeichnet worden. Die Erkrankung der Schleimhäute pflegt gewöhnlich erst im späteren Verlaufe des Pemphigus foliaceus der äufseren Decke aufzutreten, im Gegensatz zu anderen Formen des Pemphigus chronicus, die ja an den Schleimhäuten beginnen, sogar jahrelang auf dieselben beschränkt bleiben können. Auf der Schleimhaut der Lippen, der Wangen, der Zunge, des Gaumens bilden sich ähnliche Eruptionen, nur dafs es hier wegen der viel zarteren Beschaffenheit des Epithels nicht zur wirklichen Blasenbildung kommt, sondern das graugetrübte, mazerierte Epithel abgestofsen wird und Erosionen entstehen, nach deren Heilung Schrumpfung der Schleimhaut eintreten kann. Die während der Krankheit auftretende Stimmlosigkeit und die Suffokationserscheinungen beweisen, dafs der Prozefs sich bis zum Kehlkopf fortsetzen kann. Nach längerer Dauer der Erkrankung fallen die Kopfhaare aus, die Nägel werden bröckelig und fallen ab. An den einem beständigen Druck ausgesetzten Körperteilen zeigen sich Ulcerationen, an natürlichen Hautfalten Risse und Rhagaden.

Oft erst nach mehrjährigem Bestand der Krankheit tritt der letale Ausgang unter den Erscheinungen von Marasmus oder infolge Komplikationen seitens der Lunge, der Niere oder kolliquativer Diarrhöen ein. In dem Stadium, wo die Blasen fehlen, ist die Diagnose ohne weiteres nicht zu stellen und in Betracht zu ziehen sind alle die sogenannten generalisierten, exfoliierenden Erythrodermien wie sie 1. als Krankheiten sui generis, wie die Pityriasis rubra Hebra und die Dermatitis exfoliativa generalisata, 2. auf der Basis von inneren Erkrankungen, wie Leukämie, Pseudoleukämie und Tuberkulose und 3. als Vorläufer, Begleiterscheinung oder Ausgang einer bekannten Dermatose, wie des Ekzems, der Psoriasis, des Lichen ruber, der Pityriasis rubra pilaris, der Mycosis fungoides, auftreten. Die meisten dieser generalisierten, exfoliierenden Erythrodermien können sich in gewissen Stadien äufserlich vollkommen gleichsehen und oft erfordern sie eine monatelange, genaueste klinische Beobachtung zu ihrer speziellen Diagnose. Von den meisten dieser Krankheiten unterscheidet sich der Pemphigus foliaceus durch seine fettglänzenden, feuchten, gelben blättrigen Schuppen (im Gegensatz zu den mehr trockenen, grofsen, lamellösen, grauweifsen oder silberglänzenden Schuppen vieler der übrigen universellen Erythrodermien), durch stärkeres Nässen und vor allem durch leichte Lockerung der Hornschicht: das Nikolskische Phänomen, das sich bei keiner anderen differential-diagnostisch in Betracht kommenden Affektion findet.

Bei den Angaben von Unna, der einen Fall von Pemphigus foliaceus untersucht hat, dominiert im anatomischen Bilde das Ödem der Cutis sowohl wie der Epidermis; die Lymphgefäfse sind hochgradig erweitert, die Bindegewebsbündel gequollen und starrer. Die leukocytäre Infiltration des Koriums ist eine mäfsig reichliche und gleichmäfsige. Das Ödem des Epithels gibt sich stellenweise durch Erweiterung der Interspinalräume, welche von Wanderzellen durchsetzt sind, kund; noch mehr aber fällt als Zeichen desselben eine weiche Beschaffenheit des Epithels auf, derzufolge es sich jedem äufseren Drucke gemäfs deformiert, die Stachelkonturen und Zwischenstachelräume einbüfst und den Anschein von homogenen, von freien Kernen durchsetzten Massen gewinnt. Je nach dem wechselnden Grade der Hyperämie und des Ödems fehlt entweder die Hornschicht über dem ödematösen Rete ganz, oder sie erscheint mit den von den Wanderzellen reichlich durchsetzten oberen ödematösen Stachelzellenlagen zu einer Kruste verbacken. Ebenso erweist sich das Leistennetz einmal abgeflacht und durch seröse Anschwellung der Papillen verschmälert, das andere mal, offenbar Regenerationsversuchen entsprechend, hypertrophisch, in seinen Zapfen verlängert, Mitosen enthaltend und über sich eine normale und eine kernhaltige Hornschicht zeigend.

Die positiven Tatsachen, die die klinische Beobachtung und die Sektion ergeben haben, wurden zur Stütze zweier Hypothesen herangezogen. Die eine bringt den Pemphigus in Beziehung zum Nervensystem, die andere erblickt im Pemphigus eine toxische oder infektiöse Erkrankung. Zur Stütze der neuropathischen Theorie dienen jene Fälle, bei denen nach organischer oder funktioneller Erkrankung des Nervensystems sich chronische Blaseneruptionen ausbilden. Hierher gehören Blasenbildungen nach Schufs- oder sonstigen Verletzungen des peripheren oder zentralen Nervensystems, oder Komplikationen der Erkrankungen des Gehirns, Rückenmarks, wie Hemiplegie, chronische Myelitis, progressive Muskelatrophie. Sormani und Eppinger vereinigten beide Theorien: auf infektiösem oder autotoxischem Wege kommt es zur Resorption von Toxin in der Blutbahn, zur Reizung und Schädigung des Zentralnervensystems und als Folge dieser Reizung zur Innervationsstörung der Hautgefäfse, Zirkulationsstörung, Erythemen und Blasenbildung. In der neuesten Zeit vertritt Leredde folgende Ansicht über die Pathogenese des Pemphigus foliaceus: Nach ihm wirkten die toxischen Körper primär auf die blutbereitenden Organe und erst durch Vermittlung der sich hieraus ergebenden Blutanomalien auf die Haut, daselbst die Erscheinungen des Pemphigus foliaceus hervorrufend. Erbliche Belastung spielt in der Ätiologie des Pemphigus eine höchst untergeordnete Rolle. Nur ein einziges mal ist es dem älteren Hebra gelungen, mit Sicherheit den Nachweis der Heredität zu erbringen.

Der gewöhnliche chronische Blasenausschlag befällt ungefähr gleichmäfsig das männliche und das weibliche Geschlecht. Für die Pemphigus foliaceus-Fälle stellen aber die weiblichen Individuen das gröfsere Kontingent, etwa dreimal so viel Frauen als Männer erkranken. Hinsichtlich seiner Prognose ist der Pemphigus foliaceus sehr infaust. Therapeutisch sind unzählige Heilmittel empfohlen und angewandt worden, aber keinem ist es gelungen, den Prozefs zum Verschwinden zu bringen.

Eine sehr ausführliche Krankengeschichte beschliefst die Arbeit.

Fritz Loeb-München.

Klinische Studie über Sporotrichosis, von J. M. Sutton - Halstead. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 18.) *Schourp-Danzig.*

Fall von Sporotrichosis, von Harry J. Harker - Hooton. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 18.) *Schourp-Danzig.*

Die Akne und ihre Behandlung, von Hahn. (*Fortschr. d. Med.* 1911. Nr. 15.) Nichts Neues. *Haas-Hamburg.*

Die kulturellen Charakteristica des Mikrobazillus der Akne, von E. H. Moleswortн-London. (*Brit. med. Journ.* 27. Mai 1910.) Nach einer kurzen geschichtlichen Darlegung der Publikationen über die Bakteriologie der Komedonen und Aknepusteln von Unna und Sabouraud an bis 1909 mit der Empfehlung der anaëroben Kulturmethoden zur Züchtung des Bacillus seitens Sudmersen und Thompson berichtet M. über seine an mehr als 30 Fällen von Akne gewonnenen Kulturen, wobei er auch gerade mit den anaëroben Verfahren die besten Resultate erzielt hat. Als Nährboden genügte dabei eine einfache 2%ige Glukose-Agarmischung, welche nach dem Schmelzen abgekühlt wird auf 45° C, worauf man den in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmten Komedoneninhalt in passender Verdünnung tropfenweise zusetzt. Bei Beachtung der nötigen, des näheren geschilderten Kautelen erhält man neben etwaigen mehr aërob gelegenen Kolonien von Staphylokokken nach etwa vier Tagen zahllose grauweifse Kolonien im anaëroben Gebiete. Aufserdem finden sich einzelne, dieser ähnlich geformte, aber gröfsere, auswachsende, rote Kolonien. Nach länger fortgesetztem Weiterzüchten gelang es auch, die anaëroben Bazillen der grauweifsen Kolonien zum aëroben Wachsen zu bringen. Ferner hat M. Kulturenarten von Flemingschen Bacillus, der sonst aërob wächst, anaërob gezüchtet, und er ist geneigt, diesen als den ersten Aknebacillus anzusprechen. Eine vollständige Wiedergabe dieser ganzen Besprechung ist aber wegen der unvermeidlichen Umständlichkeit der Kenntlichmachung der verschiedenen in Betracht kommenden (noch nicht benamsten) Organismen im Referate nicht möglich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Akne vulgaris mit Aknebacillussuspensionen, von Martin F. Engman-St. Louis. (*Interstate med. Journ.* XVII, 12.) E. glaubt gefunden zu haben, dafs Fälle, die mit Staphylokokkensuspensionen vorbehandelt worden sind, leichter Reinkulturen des Aknebacillus (Unna, Engman, Hodara und Gilchrist) geben. Auch von diesen ist es schwierig, genügend grofse Mengen von Kulturen zu erhalten, da es bis jetzt noch nicht gelungen ist, Subkulturen zu erhalten. Die Resultate, die mittels Injektion von Aknebacillussuspensionen bisher erreicht wurden, sind glänzende — wenn nur wirkliche typische Aknefälle ausgewählt wurden, doch pflegen die nach der Ausheilung zurückbleibenden Narben auffällig grofs und tief zu sein. Konstitutionelle Ursachen, Diätfehler usw. hält E. für vollkommen irrelevant; er hat seine guten Resultate ohne jede Rücksicht darauf erhalten. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der Akne, im speziellen mittels Biers Hyperämie, von E. W. Dittrich-New York. (*Post-Graduate.* März 1910.) Die Behandlung der (einzelnen!) Akneknoten mittels Saugnäpfen hält Verfasser für ein wertvolles Hilfsmittel bei der Behandlung der Akne. *W. Lehmann-Stettin.*

b. *Cutis.*

Torpide Furunkel und Akneknoten, von L. Brocq. (*Bull. méd.* 1911. S. 441.) Beim Manne sieht man oft am Nacken Furunkel, die durch ihre langsame Evolution, ihren langen Bestand und ihre Fähigkeit, plötzlich zu exazerbieren, ausgezeichnet sind. Ähnliche, mehr akneartige Erscheinungen finden sich am Kinne der Frau. Die Ursache dieser Verschlimmerungen liegt in Stoffwechselstörungen, mangelnder Bewegung, schlechter Diät usw., bei der Frau namentlich in Störungen von seiten des Genitalapparates. Als ein aufserordentlich wichtiges Moment beobachtet Brocq aber den Zustand des Nervensystems. Sehr oft sollen die akuten Schübe im Anschlufs an Aufregungen, Sorgen, geistige Überanstrengung usw. auftreten. Hervorgerufen wird das Leiden durch Kongestionen, die durch einen der erwähnten Faktoren veranlafst werden. Als Stütze für seine Behauptungen, dafs nicht blofs die Bakterieninvasion ätiologisch in Betracht kommt, sieht B. die nur vorübergehende Wirksamkeit der Wrightschen

Vaccinetherapie an, wenn nicht gleichzeitig ein entsprechendes Regime eingeleitet wird. Dementsprechend mufs die Behandlung sein: Lokal Kauterisieren, Umschläge, Salben, innerlich Hefe, Vaccine usw. Daneben mufs aber Sorge für reichliche Bewegung in frischer Luft, Regelmäfsigkeit der Mahlzeiten, Vermeidung von Aufregungen, Fernhalten lokaler Schädlichkeiten usw. getragen werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Furunkulose. Ein Beitrag zur Entstehung und Behandlung derselben, von Wilhelm Götze. (Dissert. Berlin. 1910.) Bis zum 31. März 1910 sind in der chirurgischen Poliklinik der Charité insgesammt 94572 Patienten, und zwar 54416 männlichen und 40156 weiblichen Geschlechts behandelt worden. Darunter befanden sich an Furunkulose erkrankte insgesamt 2522 = 2 67%, und zwar 1883 = 3,46% männlichen und 639 = 1,50% weiblichen Geschlechts aller Patienten überhaupt. Aus der Altersklassenübersicht ist zu ersehen, dafs das am meisten betroffene Lebensalter erstlich die Säuglingszeit darstellt, die etwa 12,89% aller Furunkulosefälle überhaupt umfafst. Nächst der Säuglingszeit ist das Alter vom 20. etwa bis zum 30. Lebensjahr von der Furunkulose am meisten befallen. Vergleicht man die Geschlechter miteinander, so macht man die Wahrnehmung, dafs im Säuglingsalter beide Geschlechter ziemlich gleichmäfsig betroffen sind, im späteren Lebensalter aber tritt die Furunkulose bedeutend häufiger beim männlichen Geschlecht auf, so dafs 74,66% aller Furunkulosefälle auf dasselbe und 25,34% auf das weibliche Geschlecht entfallen. Auf die einzelnen Monate verteilen sich die Furunkel in der Weise, dafs ihre Häufigkeit mit dem Eintritt der warmen Jahreszeit zunimmt und im August mit 10,66% ihren Höhepunkt erreicht; ein zweiter aber geringerer Anstieg zeigt sich im Oktober mit 9,20%; am wenigsten befallen sind die Wintermonate mit 7,2% als Minimum. Etwas anders verhält sich das gehäufte Auftreten in den einzelnen Jahreszeiten bzw. Monaten, wenn man die einzelnen Altersklassen gesondert betrachtet. Im Säuglings- und Kindesalter sowie im Greisenalter liegt das Maximum gleichfalls in der heifsen Jahreszeit, das Minimum im Winter. Bei den anderen Altersklassen sieht man neben dem Anstieg in der heifsen Jahreszeit einen weiteren im Frühjahr und das Maximum oft in den ersten Monaten des Winerhalbjahrs liegen. Das gehäufte Auftreten der Furunkel im Frühjahr und Herbst hat eine andere Ursache. Sicher spielen hierbei die Witterungs- und Temperaturverhältnisse eine grofse Rolle.

Beim männlichen Geschlecht, das schon an und für sich wegen der stärkeren Behaarung mehr zur Furunkulosebildung neigt, umfassen die Halsfurunkel 31,55%, d. i. fast ein Drittel aller Fälle überhaupt, bei den Frauen nur 7,98%. Der Vergleich zwischen Körperteilen und Altersklassen ergibt, dafs fast sämtliche Körperteile am meisten im Alter vom 20. bis 30. Lebensjahr betroffen sind. Der Nacken ist etwa um das dreifache öfter betroffen als der übrige Hals. Nächst den Halsfurunkeln bei den Männern sind bei beiden Geschlechtern am häufigsten die Kopffurunkel. Im Vergleich zum Lebensalter fällt auf, dafs, während alle anderen Kopf- und Haarfurunkel besonders vom 20. bis 30. Lebensjahr auftreten, die Furunkel der behaarten Kopfhaut am häufigsten im ersten Lebensjahr sind. Von Armfurunkeln sind am meisten die Unterarme betroffen, und zwar vorwiegend der rechte. Ursache ist hierfür das Scheuern des Rock- oder Hemdärmels bzw. der Manschette. Bei den Frauen kommen am Rumpf, der bei ihnen überhaupt verhältnismäfsig oft betroffen ist, fast in sämtlichen Lebensaltern die Achselhöhlenfurunkel häufiger vor als bei den Männern. Schweifsabsonderung in der Achselhöhle bei den Frauen meistenteils viel stärker als beim Manne; enganliegende Rockärmel, häufig defekte Korsettstangen. Auch an den Geschlechtsteilen treten die Furunkel beim weiblichen Geschlecht bei weitem häufiger

auf als beim männlichen. Einen ziemlich hohen Prozentsatz, und zwar 17,4% stellen Ärzte und Studierende der Medizin, sowie die ihnen nahe verwandten Berufe. Auf das Krankenpflege- und Wärterpersonal kommen nur 3,12% aller Fälle. Auf Geistes- und Bureauarbeiter und -Arbeiterinnen entfallen 15,29%. Einen noch höheren Prozentsatz, nämlich 15,89% stellt die Gruppe der Handwerker, Gewerbetreibenden, Aufsenbeamten, Aufseher usw. Am meisten von allen Berufsklassen aber sind die Handarbeiter und Handarbeiterinnen betroffen, und zwar entfallen auf die gelernten Handwerker 24,58%, auf die ungelernten 15,78%. Die Gegenüberstellung von Berufsklassen und Körperteilen ergibt bei den Männern ein Überwiegen der Halsfurunkel über die anderen Körperteile in allen Berufsklassen, besonders aber bei den Geistes- und Bureauarbeitern. Armfurunkel kommen am häufigsten bei den Handarbeitern und den Ärzten usw. vor. Bei den Frauen treten Kopf-, Schulter- und Armfurunkel besonders bei den ungelernten und gelernten Handarbeiterinnen auf. Die Tatsache, dafs die Furunkulose in bestimmten Berufsklassen besonders häufig wahrzunehmen ist, dafs sie in bestimmten Berufsklassen mit Vorliebe an bestimmten Körperteilen auftritt, und dafs gerade das 20. bis 30. Lebensjahr am häufigsten davon betroffen ist, könnte fast dazu berechtigen, den Furunkel als eine Art allgemeiner Berufskrankheit zu bezeichnen. Jedenfalls geht daraus hervor, dafs der Furunkel durch von aufsen in die Hautdrüse eindringende Krankheitskeime entsteht.

Furunkulose und Unfallfrage. Wenn jemand erwiesenermafsen im Anschlufs an eine wegen eines Unfalls notwendige Badekur oder Massagebehandlung sich eine Furunkulose zuzieht, so besteht ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall. Ein solcher Mann hat, falls er dadurch in seiner Erwerbstätigkeit zeitlich behindert ist, Anspruch auf eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit bzw. -beschränkung.

Das Schlufskapitel über die Behandlung der Furunkel bringt nichts wesentlich Neues.

Die im Anhang gebrachten statistischen Tabellen werden sich bei weiteren Forschungen über die Furunkulose als sehr nützlich erweisen.

Fritz Loeb-München.

Furunkeltherapie; der Kollodiumring, von W. Fuchs-Emmendingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 22.) Als eine seit Jahren bewährte und leicht anwendbare Behandlung von Furunkeln empfiehlt F. die Einkreisung des Entzündungsgebiets mit einem Ring von Kollodium. Die ganze entzündete Zone bleibt frei, dagegen wird der Ring zentrifugal durch mehrmals im Tage wiederholte Aufpinselung von Kollodium erweitert und infolge der Zusammenziehung beim Eintrocknen vertieft. Nach wenigen (drei bis fünf) Tagen stöfst sich dann gewöhnlich der Furunkelpfropf glatt aus.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Therapie der Furunkulose, von F. Bruch - Seckenheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 25.) Gute Resultate in der Behandlung von Furunkeln hat B. mit Ichthyol erzielt. Ohne zu inzidieren bestreicht er das ganze Entzündungsgebiet und dessen nächste Umgebung mit reinem Ichthyol, das mit einem kleinen Glasspatel, wie er in der ophthalmologischen Praxis gebräuchlich, aufgetragen wird. Direkt auf das Ichthyol wird zur Deckung Leukoplast aufgelegt. Diese Behandlung wird täglich erneuert nach Reinigung mit einem in Benzin getauchten Wattebausch. Verfasser rühmt an der Methode namentlich die schnelle Beseitigung der Schmerzen und die Verhütung einer weiteren Verbreitung der Infizierung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur konservativen Behandlung des Gesichtsfurunkels, von M. Keppler-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 30.) Die bei früherer Gelegenheit von ihm empfohlene Behandlung des Gesichtsfurunkels nach den Grundsätzen der Bierschen Stauungshyperämie hat Verfasser seitdem noch bei zehn weiteren Fällen erfolgreich

angewandt. Im Übrigen enthält die vorliegende Publikation nur eine ziemlich (man könnte fast sagen: unziemlich) weitschweifige Entgegnung auf Einwendungen, welche von anderer Seite (WREDE) gegen das Verfahren erhoben worden sind.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Technik der manuellen Behandlung gewisser Formen von Hautulcerationen, von EDGAR F. CYRIAX-London. (*New York med. Journ.* 20. Mai 1911.) Verfasser beschäftigt sich hier hauptsächlich mit den einfach entzündlichen Geschwürsprozessen, glaubt aber, dafs auch die infektiösen, besonders die tuberkulösen dieser Behandlung zugänglich sind. Dieselbe besteht aus: 1. lokalen Manipulationen an oder um das Geschwür herum, nämlich stationären oder konzentrisch vorrückenden Vibrationen mit den Fingern einer oder beider Hände, Nervenfriktionen und zirkulären Knoten oder Reiben; 2. lokalen Massagen an dem affizierten Bein oder Körperteil, passiven und aktiven Bewegungen und 3. allgemeinen (konstitutionellen) Manipulationen zur Besserung des Allgemeinbefindens, wie z. B. bei Varicen, lokalem Ödem usw. Die Dauer der lokalen Behandlung sollte 10—15 Minuten, jene der zentripetalen Vibrationen, Nervenfriktionen und Knetungen nicht mehr als ein bis zwei Minuten betragen und nicht öfters als einmal im Tage vorgenommen werden. Frische Fälle bedürfen nur mehrtägiger Behandlung, ältere chronische höchstens zweier Monate. Die unmittelbaren (klinischen) Folgen sind bei vorhandenem Schmerz Nachlafs oder völliges Aufhören desselben, verminderte Rötung und Schwellung, die weiteren Folgen sind, kurz ausgedrückt, beschleunigte Heilung. C. hat diese Massagemethode, die dem Schweden LIEP (1776—1839) ihre Entstehung verdankt, seit etwa zehn Jahren mit Erfolg angewandt und kann ihre weitere Anwendung den Ärzten nur aufs dringendste empfehlen. Das Verständnis der einzelnen Handgriffe wird durch die beigegebenen (9) Zeichnungen bedeutend erleichtert. *Stern-München.*

Über Lichen nitidus, von HANNS HANNEMANN. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Der Arbeit liegt ein Fall zugrunde, der sich von den bisher beobachteten durch die in intensivem Jucken bestehenden starken subjektiven Beschwerden unterscheidet, ferner durch die aufserordentliche Ausbreitung des Leidens, durch die Bildung umfangreicher, an die Veränderungen des Lichen simplex chronicus erinnernden Plaques in den Gelenkbeugen, so dafs die rein klinische Diagnose gewisse Schwierigkeiten bot. Histologisch zeigt der Fall das typische Bild des Lichen nitidus, wenn auch der zentrale Epithelzapfen in den untersuchten Knötchen nicht nachzuweisen war. Auf Grund der Literatur und der selbst gemachten Beobachtung stellt Verfasser folgende charakteristischen Merkmale für den Lichen nitidus auf: Es handelt sich bei dieser Affektion um eine Hauterkrankung, deren Prädilektionssitz die Haut der Genitalien ist. Demnächst bevorzugt sie die Beugeflächen der Gelenke. Hierbei läfst sich häufig eine symmetrische Verbreitung beobachten. Selten ist die Erkrankung über die Haut des ganzen Körpers generalisiert, und ebenso selten werden die Schleimhäute von ihr befallen. Die Affektion besteht klinisch in einer Unzahl kleinster bis stecknadelkopfgrofser, nur selten umfangreicherer, nicht schuppender Knötchen, die sich in der Farbe von der umgebenden unveränderten Haut meist wenig oder gar nicht unterscheiden. Auf dem Penis, besonders auf der Glans zeigen sie gelegentlich einen etwas helleren Ton als die Umgebung. Zuweilen beobachtet man auf dem übrigen Körper eine leicht gelbbraune oder rotbraune Farbe der Knötchen. Sie haben eine rundliche oder, wenn sie dicht gedrängt stehen, polygonale Begrenzung und zeigen eine teils rundliche, teils mehr flache Oberfläche. Das Niveau der umgebenden Haut überragen sie nur sehr wenig, so dafs sie dem darüber hingleitendee Finger nur als ganz flache Erhebungen fühlbar werden. In ihrem Zentrum zeigen die Knötchen mitunter eine feine Öffnung, die von einem weifslichen Hornpfropf ausgefüllt ist. Bei schräg auf-

fallendem Lichte glänzen die Effloreszenzen stark, und bei Glasdruck zeigt die zentrale Partie ein eigentümlich grau durchscheinendes Aussehen, das an ein Lupusknötchen oder ein tiefsitzendes Bläschen erinnert. Die Knötchen konfluieren nie zu umfangreicheren Herden, gruppieren sich nie zu Ring- und anderen Formen; dagegen kommt es gelegentlich zur Bildung gröſserer Plaques, die aus einer Unmenge dichtgedrängter Knötchen bestehen, von denen aber jedes einzelne seine Individualität bewahrt. Mitunter ist einwandfrei ein vollständiges, spurloses Verschwinden der Eruption beobachtet worden, wofür bis jetzt noch die Erklärung fehlt. Histologisch charaktersiert sich die einzelne Effloreszenz als ein meist nach allen Seiten scharf begrenztes und auf den Papillarkörper beschränktes Infiltrat. In seiner Struktur gleicht dieses in den meisten Fällen fast vollkommen der eines Tuberkels: das Zentrum der Zellanhäufung besteht hauptsächlich aus epitheloiden und mehr oder weniger zahlreichen Riesenzellen; dazwischen findet man nur spärliche einkernige Rundzellen und gelegentlich glattkernige Leukocyten. Die epitheloiden und Riesenzellen führen häufig Pigment. Um dieses Zentrum ist ein dunkler, verschieden breiter, manchmal vollkommen fehlender Wall von Rundzellen gelagert, der nur vereinzelte helle, ovalkernige Zellen enthält. Das Infiltrat lagert sich entweder unmittelbar an die ihrer Basalzellenschicht beraubte oder aus stark abgeplatteten Zellagen bestehende Epithelunterfläche an oder ist von ihr durch eine mehr oder weniger ausgedehnte Lücken- oder Spaltbildung getrennt. Die Zellen der untersten Retelagen sind durch Ödem und Leukocyten vielfach auseinander gedrängt, aus ihrem Zusammenhange getrennt und zum Teil in das Infiltrat verlagert. Im letzteren Falle sind sie fast regelmäſsig von Riesenzellen umgeben. Gelegentlich beobachtet man ein Einwandern von Infiltratzellen in das Epithel, so daſs dann die Corium-Epidermisgrenze etwas verwischt ist. Ziemlich häufig senkt sich in die Zelleinlagerung ein spitzzulaufender, gelegentlich zentral verhornter Retezapfen hinab, der von Follikeln und Schweiſsdrüsenausführungsgängen meist unabhängig ist; nur in selteneren Fällen findet man die Knötchen um diese Hautgebilde gelagert. Die Hornschicht ist im Bereiche der Knötchen häufig kernhaltig; oft zeigt der die Reteeinsenkung zentral durchbohrende Hornzapfen deutliche Parakeratose. Das zwischen den Zellen des Cutisinfiltrates gelegene elastische Gewebe ist rarefiziert, weniger das Bindegewebe. Tuberkelbazillen werden in dem Infiltrat niemals gefunden.

Der Lichen nitidus scheint das männliche Geschlecht entschieden zu bevorzugen, denn es ist auffällig, wenn sich unter den schon immerhin ziemlich zahlreich beobachteten Fällen nur zwei Frauen befinden. Dieser Umstand läſst sich jedoch wohl daraus erklären, daſs die Affektion, besonders wenn sie ausschlieſslich die Genitalien befallen hat, bei der Frau leichter übersehen wird als beim Manne. Die differentialdiagnostische Untersuchung des Lichen nitidus von anderen Hautaffektionen kann unter Umständen Schwierigkeiten machen. In erster Linie kann der Lichen ruber planus zu Verwechslungen Anlaſs geben. Wenn dessen Knötchen in älteren Fällen erst zu gröſserenHerden von charakteristisch blauroter Farbe konfluiert sind, oder wenn, wie auf der Genitalhaut meistens Ringbildung mit zentraler Atrophie eingetreten ist, ist die Unterscheidung der beiden Affektionen nicht schwer, zumal dem Knötchen des Lichen nitidus jede Neigung zur Polymorphie fehlt. In Frage kommen also nur die kleinen und kleinsten Knötchen des Lichen planus. Diese sind, besonders wenn in ihrem Bereiche die Genitalhaut noch normale Färbung besitzt, höchstens durch das gewöhnlich vorhandene porzellanweiſse Kolorit von den Knötchen des Lichen nitidus zu unterscheiden. Der Lichen nitidus befällt die Mundschleimhaut nur sehr selten im Gegensatz zum Lichen planus. Der Lichen nitidus verursacht in der Mehrzahl der Fälle keinerlei subjektive Beschwerden; allerdings werden auch gelegentlich Fälle von Lichen planus beobachtet, die ohne Jucken einhergehen.

Histologisch fehlt dem vollentwickelten Lichen planus-Knötchen die tuberkelähnliche Struktur, die man beim Lichen nitidus nur in den jüngeren Stadien vollkommen vermifst. Das Cutisinfiltrat besteht beim Lichen planus überwiegend aus einkernigen Rundzellen mit verschieden zahlreichen, unregelmäfsig verstreuten, ovalkernigen Fibroblasten; Riesenzellen finden sich um die in das Infiltrat verlagerten Retezellen selten. Sehr häufig findet sich bei Lichen planus im Rete die Bildung hyaliner Schollen und Kugeln. Ferner sind bei ihm Horn- und Körnerschicht meistens verdickt, jedoch findet sich Parakeratose nur ausnahmsweise. Ebenso beobachtet man beim Lichen planus nur selten den beim Lichen nitidus häufig gefundenen in das Infiltrat sich einsenkenden Retezapfen. Zu weiterer Verwechslung mit den Knötchen des Lichen nitidus können auf der Penishaut noch deren Follikel Veranlassung geben. Bei Anspannung der Haut sind jedoch die Follikel deutlich als gelappte Einlagerungen von gelblicher Farbe erkennbar, aus deren Mitte ein starrer Hornstachel, seltener ein Haar, hervorragt. Die Haut zieht als glatte Fläche über die Follikel hinweg. Das Knötchen des Lichen nitidus dagegen sieht auf der gespannten Haut wie eine flache, glänzende Platte aus, deren Haut sich scharf gegen die umgebende unveränderte Haut abhebt. Ferner kommen auf der Haut des Penis noch flache Warzen vor, die differentialdiagnostisch in Frage kommen können. Weiter wird genannt der Lupus miliaris dissiminatus. Mit diesem können die bei Anämisierung glasigtransparenten Knötchen des Lichen nitidus eine gewisse Ähnlichkeit haben, besonders wenn sich der Lupus in isolierten und kleineren Herden in der Haut des Rumpfes oder der Extremitäten, und nicht wie gewöhnlich im Gesichte vorfindet. Noch mehr Schwierigkeiten in der Unterscheidung können die plane Form des Lichen scrophulosorum und das lichenoide papulöse Syphilid verursachen, besonders in den Fällen, in denen auch die Knötchen des Lichen nitidus perifollikulär gelagert sind. Die gelegentlich beobachtete Anhäufung der Knötchen in gröfseren Herden bedingt eine gewisse Ähnlichkeit mit einem beginnenden Lichen simplex chronicus, eine Ähnlichkeit, die durch die Analogie in Lokalisation noch erhöht werden kann. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht das sehr viel stärkere in Anfällen auftretende Jucken beim Lichen simplex chronicus, dessen lichenoide Knötchen aufserdem bei Untersuchung mit Glasdruck die eigentümliche, grauglasig durchscheinende Einlagerung der Lichen nitidus-Effloreszenz stets vermissen lassen und im histologischen Bilde nur durch eine umschriebene Verdickung des Epithels und nicht typische Zellanhäufungen um die Gefäfse des subpapillaren Netzes charakterisiert sind. Die Ätiologie des Lichen nitidus ist völlig unklar.

Der histologische Bau der Knötchen, der dem eines Granuloms entspricht, legte die Vermutung nahe, dafs Mikroorganismen die Entstehung der Effloreszenzen bewirken könnten. Jedoch sind alle darauf hinzielenden Untersuchungen erfolglos geblieben. Tuberkelbazillen konnten niemals gefunden werden.

Fritz Loeb-München.

Ein geheilter Fall von Pemphigus vegetans, von E. Lisznai-Budapest. (*Bör-ès Bujakórtan*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság*. 1911. Nr. 2.) Bei einer 48jährigen Patientin traten vor vier Jahren am Zungenrande Pemphigusblasen auf, von da verbreiteten sie sich weiter und riefen schwere Veränderungen an der Nase, am Ohr, unter der Brust, an den Genitalien und in den Schenkelbeugen hervor. Auf der dermatologischen Abteilung des Rochusspitals verschwanden nach dreimonatlicher Behandlung die schweren Veränderungen spurlos und zeigten sich ein Jahr lang nicht. Dann trat ein Rückfall auf; nach zweimonatlicher Behandlung wieder vollkommene Heilung und 1½ Jahre lang gar keine Veränderung. Später stellten sich auf einer guldengrofsen Stelle um den Nabel, auf der Unterlippe, auf der Zungenspitze, auf

der behaarten Kopfhaut einesteils Pemphigusblasen, anderenteils an ihrer statt flache Hypertrophien ein. Nach zweimonatlicher Behandlung trat wieder vollkommene Heilung ein. Die Patientin fühlt sich seither vollkommen wohl. Die Therapie bestand aufser in der Regelung der hygienischen Verhältnisse in der häufigen Reinigung mit H_2O_2 (im Munde als Mundwasser). Auf die Haut war anfangs die 10 %ige Schwefelzinkpaste, später eine 50 %ige von vortrefflicher Wirkung. Innerlich wurde Arsenik gegeben. Bei dem ersten Rückfall nach einjähriger Pause bekam die Kranke Atoxylinjektionen, wöchentlich 10 cg drei Monate lang. Da die für die Augen schädliche Wirkung mehrfach betont worden ist, bekam die Patientin bei dem nächsten Rückfall Arsacetininjektionen, 5 cg pro dosi, zwei Tage nacheinander wöchentlich, zehn Wochen lang. Die Veränderungen bestehen heute nur in der bräunlichen Pigmentation der Haut. Im fünften Jahre der Krankheit ist Patientin in diesem Zustande. Der Fall ist einzig in seiner Art. *Porosz-Budapest.*

Zur Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen, von Nemenow. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 26.) Durch längere Behandlung mit Röntgenstrahlen erzielte N. in einem Falle von Rhinosklerom eine entschiedene Besserung; welche er auf eine günstige Wirkung dieser Strahlen, hauptsächlich auf die Gewebe selbst, zurückführt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Beiträge zur Röntgenbehandlung der Mykosis fungoides, von Georg Schmidt-Charlottenburg. (Inaug.-Dissert. Berlin 1911.) Leider haben von den zahllosen Mitteln, die bei Mykosis fungoides versucht wurden, nur eine verschwindend kleine Anzahl von Medikamenten einen, wenn auch nur geringen Erfolg gezeigt, und auch diese haben nur die Symptome wohl etwas gebessert und den Patienten Linderung verschafft, nicht aber die Krankheit selbst heilen können. Das Mittel, das allein einen deutlichen Erfolg bis jetzt errungen hat, ist das Arsen und seine Verbindungen. Hierbei ist es ziemlich gleichgültig, welches von den verschiedenen Präparaten angewendet wird. Häufig mufste von einer Fortsetzung der Arsenkur jedoch Abstand genommen werden, da der allgemeine Kräfteverfall oder das Auftreten von Diarrhöen die Indikation zur Aussetzung des Medikamentes gaben. Erfolge bei der Anwendung von Hg und Jod sind ungewifs. Thyreoidin ist ebenfalls zum Bekämpfen der Krankheit versucht worden, aber gleichfalls ohne Erfolg. Um das von den Patienten so lästig empfundene Jucken zum Schwinden zu bringen, hat man alle zu Gebote stehenden Mittel angewandt, wie Karbol, Menthol, Ichthyolsalben. Permanente Bäder linderten wohl das Jucken, hatten aber keinen anhaltenden Erfolg. In äufserst hartnäckigen Fällen ist Leredde zu einem Versuch mit subcutanen Injektionen von Chlornatrium in einer Konzentration von 12 g auf 1000 g gekommen. Alle diese Methoden werden jedoch bei weitem übertroffen durch die Erfolge, die mit den Röntgenstrahlen erzielt worden sind. Allerdings ist es bis jetzt noch nicht möglich, von einer Dauerheilung der Mykosis fungoides zu sprechen, da die Erfahrungen noch zu jung sind, da man bereits trotz Verschwinden aller Symptome der Krankheit nach kürzerer oder längerer Zeit wieder Rezidive beobachtet hat. Die ersten glücklichen Versuche stellte Scholtz 1902 an, dann Jamieson Ormsby 1903 und Walter Carier 1904. Seit dieser Zeit haben sich die meisten Autoren, durch diese Erfolge aufmerksam gemacht, von den alten Methoden abgewandt und vor allem anderen das Röntgenlicht bei der Behandlung der Mykosis fungoides angewandt. Neben der Röntgenbestrahlung gebrauchen jedoch die meisten als wirksames Unterstützungsmittel noch das von früher her gut bewährte Arsen. Bei fast allen Autoren finden sich Angaben über die Art der Bestrahlung, jedoch sind Qualität, Quantität und Technik in keinem Falle in der Weise angegeben, dafs eine genaue Wiederholung der Therapie möglich gewesen wäre.

In seiner Arbeit stellt sich Verfasser die Aufgabe, an der Hand von Berichten

anderer Kliniken sowie von Erfahrungen, die in der letzten Zeit an der Abteilung der Poliklinik für Hautkrankheiten zu Berlin mit der Röntgentherapie bei Mykosis fungoides gemacht worden sind, sich auf die Frage näher einzulassen, welche Strahlenqualität diejenige ist, die die Krankheitssymptome mit möglichst geringen Dosen und möglichst schnell zu beeinflussen vermag.

Die ekzematösen Stellen reagieren sehr prompt, wenn die Strahlung von 7,5 Wh. in ein Dritteldosen verabreicht wird und man es nicht zur Reaktion durch Bestrahlung kommen läfst; letzteres erreichte Verfasser durch Auseinanderziehen der Dritteldosen, wodurch der Haut Zeit und Erholung gelassen wird, so dafs sie schwächer reagiert, als wenn die drei Drittel in einer Sitzung verabreicht werden. Verfasser trennte das erste und zweite Drittel durch eine achttägige, das zweite und dritte Drittel durch eine 14tägige Pause. Meist genügte ein solcher Zyklus, um die ekzematösen Flecken mit oder ohne Pigmentierung abheilen zu lassen; war einmal Wiederholung des Zyklus nötig, so geschah sie stets erst drei Wochen nach Verabreichung des dritten Drittels. Weniger schnell reagieren die ausgebildeten Tumoren; sie wurden stets mit halben Erythemdosen behandelt, welche durch 14tägige Pausen getrennt waren; bei gröfseren Tumoren war in der Regel zwei- bis dreimalige Wiederholung eines solchen Zyklus mit drei- bis vierwöchentlichen Pausen nötig. — Bei einigen refraktären Tumoren kam man schneller zum Ziel, wenn man im Härtegrad auf 6 Wh. herabging, sonst aber dieselbe Methode beibehielt. Der Erfolg bestand in jedem Falle in promptem Zurückgehen der Tumoren und anderer Erscheinungen sowie in Hebung des Allgemeinbefindens sowohl subjektiv, als in Gewichtszunahme. Rezidive waren zwar in keinem Falle zu vermeiden, doch hebt Verfasser hervor, dafs bis zur Zeit der Veröffentlichung die Rezidivknoten nur vereinzelt auftraten, so dafs sie mit wenigen Sitzungen zu beseitigen sind. Die drei Patienten des Verfassers waren somit in der Lage, ihren Beruf auszufüllen, allerdings nur unter steter Kontrolle und zeitweiser Behandlung. Eine Überlegenheit dieser Heilmethode über alle früheren ist daher unbedingt zuzugeben. *Fritz Loeb-München.*

Fall von Orientbeule bei einem eingeborenen Columbier, von S. T. Darling und R. C. Connor-Aucon. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 17.) Die Affektion safs an der linken Ohrmuschel. Nach Ansicht der Eingeborenen entsteht die Ulceration durch den Stich einer Fliege, der Mosca bagano. *Schourp-Danzig.*

Histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen bei drei Fällen von Boubas brasiliano, von Verrotti. (*Giorn. internat. delle Scienze med.* Bd. 23, Heft 7.) In Übereinstimmung mit den Resultaten früherer Autoren (Breda und Fiocco, Maiocchi und Bosellini) bestand die framboesieartige Affektion der drei Kranken aus granulomatösem Gewebe mit Gefäfsneubildung und Infiltration mononukleärer Elemente und Plasmazellen, ohne Riesen- und epitheloiden Zellen, ohne besondere Veränderung der Gefäfsendothelien, ohne Degenerationsvorgänge in der Dichte des Infiltrats. — Niemals wurde die Spirochaeta pertennius von Castellani gefunden, auch nicht in den Inokulationsknötchen bei Kaninchen oder deren Inguinaldrüsen und inneren Organen. In der Dichte des Infiltrats fand sich ein Bacillus, der als ein Pseudodiphtheriebacillus identifiziert wurde, den man nicht als pathogenes Agens betrachten kann. — Auf Grund der klinischen Symptome und des negativen Befundes der Spirochaeta pertennius — deren Pathogenität auch noch diskutabel ist — ist der Vorschlag von Breda berechtigt, dafs die von ihm unter Boubas brasiliana beschriebene Krankheit eine Krankheit für sich ist, verschieden von der Framboesie. Verfasser schlägt vor, für obige Krankheit den Namen „Morbus Breda“ einzuführen. *Haas-Hamburg.*

Das Verhalten der Leukocyten bei der Infektion mit Rotlauf, von Walter Christian. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Die natürliche Immunität des Meerschweinchens gegen Rotlauf ist wesentlich durch Phagocytose bedingt, jedoch scheinen nach Infektion mit gröfseren Massen von Bazillen in den ersten Stunden auch bakteriolytische Vorgänge mitzuwirken. Der Grund für das Fortschreiten der Rotlauferkrankung beim nichtimmunen Tier ist in erster Linie in dem zu späten Einsetzen und der ungenügenden Wirksamkeit der Phagocytose zu suchen. Die Leukocyten der Baucheingeweide (Niere, Leber, Milz) haben, eine Infektion mit gröfseren Bazillenmengen vorausgesetzt, für den ungünstigen Verlauf der Erkrankung beim nicht immunen Tier keine ausschlaggebende Bedeutung, jedoch findet hauptsächlich in den Organen die Vermehrung der Rotlauferreger statt. Ein Unterschied in der opsonischen Wirkung des Serums für Rotlauf empfänglicher und unempfänglicher Tiere konnte nicht nachgewiesen werden. *Fritz Loeb-München.*

Über die neueren Behandlungsmethoden des Erysipels, von Felix Zondervan. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1910.) Solange die an die Serumbehandlung geknüpften Hoffnungen nicht in Erfüllung gehen, mufs man symptomatisch nach den Regeln der inneren Therapie verfahren. Prophylaktisch mufs gründliche Desinfektion der Zimmer, in denen Erysipelkranke lagen sowie möglichst strenge Isolierung der Kranken, in Krankenhäusern eine Erysipelbaracke, empfohlen werden. Von den physikalischen Mitteln ist die Stauungshyperämie, vorsichtig angewandt, als völlig unschädlich, schmerzlindernd und in vielen Fällen als wirksam zu empfehlen, in Idealkonkurrenz mit der Jerusalemschen Behandlung mit dem Termophor, oder nach Ritter Biersche Kasten, das Quinckesche Schwitzbett und der Hitzschornstein mit Kugelgelenkansätzen. Von chirurgischen Behandlungsmethoden kommt wohl nur die rhinologische Lokalbehandlung in Frage, soweit sie bei Erysipelas faciei bzw. meatus narium indiziert ist, eventuell als prophylaktische Spül- bzw. Salbenbehandlung bei rezidivierendem Gesichtserysipel; jede andere chirurgische besonders blutige Manipulation, selbstredend mit Ausnahme etwa nötig werdender Abscefseröffnung oder chirurgischer Behandlung von gangränös gewordenen Geweben u. dgl. während eines Erysipels oder kurz nach Ablauf desselben, ist zu unterlassen, der Nutzen ist äufserst problematisch, die Gefahr der Inokulation der pathogenen Keime und Verschleppung in die allgemeine Blutbahn dagegen eine sehr naheliegende. Von pharmakologischen Mitteln hat Verfasser von Ichthyol nur Nutzen gesehen; in beiläufig zehn Fällen, die in verschiedenen Krankenhäusern von Verfasser beobachtet und behandelt wurden, konnte mit Ichthyolvasogenpinselungen das Erysipel ohne jede Komplikation glatt abgeheilt werden, in einem Fall allerdings erst nach neun Tagen, ohne Albuminurie und ohne Temperatursteigerung über 39,7° C. In Idealkonkurrenz mit dem Ichthyol dürfte das Metakresolanytol nach den Empfehlungen Rosenbaums und Neumanns treten. Bei zwei Fällen von schwerem Erysipel hat Verfasser mit gutem Erfolg aufser Ichthyolvasogenpinselungen abends und nachts, tagsüber Biersche Stauung verwandt und als Herzanaleptikum dreimal täglich zwei Tabletten Digipurat à 0,1 g gegeben. Beide Kranke genasen vollständig, der eine Fall erforderte rhinologische Nachbehandlung mit $^1/_4$%iger Arg. nitr.-Lösung Beginn der Erkrankung von einer kleinen Schrunde des linken Meatus narium aus), der andere Fall entfieberte und heilte schon am vierten Tage, trotzdem gerade bei diesem Patienten die Erscheinungen besonders stürmisch waren und sich das Erysipel von dem Beginn der Erkrankung an einer alten Knochensplitternarbe nach Resektion desselben vor $3^1/_2$ Monaten am linken Tarso-Metatarsalgelenk bis zur Mitte des Oberschenkels in etwa 24 Stunden ausgebreitet hatte. *Fritz Loeb-München.*

Über Elephantiasis cruris nach Poliomyelitis anterior und multiplen Erysipelen, von Franz Eisenreich. (Inaug.-Dissert. München 1909.) In dem der

Arbeit zugrundeliegenden Falle handelt es sich um einen 46jährigen Mann, der seit seiner Kindheit an einer Poliomyelitis anterior litt, welche die die Muskulatur des linken Unterschenkels versorgenden Vorderhornganglienzellen zerstörte. Die Folge davon war dann eine extreme Atrophie der Muskulatur, die zum vollständigen Verschwinden derselben führte, und eine Fettwucherung in diesen degenerierenden Muskelpartien, welche die höchsten Grade erreichte, so dafs man von einer richtigen Pseudohypertrophie der Muskulatur sprechen konnte. Er begab sich ins Krankenhaus, um da den unförmlich aufgeschwollenen Unterschenkel, der völlig gelähmt war, amputieren zu lassen. Diese gelähmten Glieder sind äufserlichen Schädlichkeiten in erhöhtem Mafse ausgesetzt, besonders da trophoneurotische Störungen mit der Lähmung stets kombiniert sind, so dafs das Entstehen von Erysipelen leicht begreiflich erscheint. Bei einer gröfsten Zirkumferenz von 64 cm und einer kleinsten von 32 cm weist das makroskopische Bild (Abbildung) des befallenen Gliedes vor allem eine um das vier- bis fünffache des normalen verdickte äufsere Haut auf. Diese ist in ihrer ganzen Ausdehnung von kleineren und gröfseren direkt aneinander grenzenden bis kirschkerngrofsen warzenähnlichen Gebilden bedeckt, die vom proximalen Ende bis zum distalen immer gröfser werden. In der Gegend des Sprunggelenkes zeigt sich besonders an der äufseren Seite, vielleicht einen Finger breit über dem Malleolus externus, eine tiefe Einschnürung. Der Fufsrücken ist von wellenförmigen Emporhebungen und Runzeln durchzogen, in die sich einzelne ziemlich tief einschneidende Täler senken. Die Haut ist ebenfalls von solchen warzenähnlichen Gebilden bedeckt. Die Zehen, in ihrer Form und voneinander gut abgrenzbar, sind in bis 4 cm breite unförmliche Massen umgewandelt. Die Nägel sind makroskopisch intakt. Die stark verrunzelte Planta pedis ist von grauweifslicher Farbe und hat das Aussehen einer mazerierten Haut. Das ganze Präparat, das in Formol konserviert ist, ist von blaugrauer Farbe. Auf der Rückseite ist die Oberfläche der Haut in etwa Fünfmarkstückgröfse zu Verlust gegangen. Die Umgebung ist von weifslicher Farbe. Der Hautdefekt setzt sich aus mehreren durch noch erhaltene Hautbezirke voneinander getrennte Partien zusammen, die ein zackiges Aussehen darbieten. Auf dem Schnitt sind die einzelnen Schichten der Haut deutlich voneinander abgrenzbar und sehr stark verdickt und von gelbbrauner bis weifslicher Farbe. Die Wadenmuskulatur ist in ihrer ganzen Ausdehnung zugrunde gegangen und durch homologes gelbliches, anscheinend fettartiges Gewebe ersetzt. Mikroskopisches Bild: Die Haut des Unterschenkels ist hochgradig verdickt; die Epidermis selbst aber verdünnt, die basalen Zellen stark bräunlich pigmentiert, die Papillen grofsenteils schmal. Das Adergeflecht auf grofse Strecken hin vollständig verschwunden, die Cutis enorm bindegewebsreich, die einzelnen Bindegewebsfasern durch feine Spalträume voneinander getrennt, die Lymphgefäfse sämtlich stark verdickt, die Schweifsdrüsen ausgedehnt zersprengt und auseinandergedrängt. Cutisdicke über 1 cm. *Fritz Loeb-München.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Erfahrungen mit Salvarsan bei malignen Tumoren, von V. Czerny und A. Caan-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 17.) Bei zwölf Fällen von malignem Tumor haben Verfasser Salvarsaneinspritzungen in Dosen von 0,4 bis 0,6 gegeben. Sie wurden hierzu veranlafst teils durch die Bitten der Patienten, teils durch die Überlegung, dafs Arsenikpräparate auch sonst als heilwirkend bei Gewächsen sich erwiesen haben, und dafs dem Salvarsan allgemein eine starke spirillozide Wirkung

eigen ist. Es wurden behandelt sieben Carcinome, zwei Sarkome und drei Fälle von Hodgkinscher Krankheit. Die Injektionen wurden in der Regel als neutrale Suspension nach der Vorschrift von Michaelis und Wechselmann in die Glutäalgegend und auch teilweise intratumoral appliziert. Einige der Kranken gaben eine hochbefriedigende Besserung der vorher bestehenden Schmerzen an, und es trat auch gelegentlich Verflüssigung der Tumormassen ein. Bei der Mehrzahl der (allerdings recht vorgeschrittenen) Erkrankungen war aber keinerlei Nutzen zu konstatieren, jedoch dürften weitere Versuche unter Anwendung gewisser technischer Verbesserungen berechtigt sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Vorlesungen über Geschwülste, gehalten im Auftrag der Krebskommission der Harvard-Universität. (Boston, Mass. 1909.)

1. **Die Wichtigkeit experimenteller Erforschung der Geschwülste für das Tumorproblem im allgemeinen,** von E. E. Tyzzer-Boston. Verfasser berichtet über die Resultate zahlreicher Krebsübertragungen bei Mäusen und Untersuchungen solcher durch viele Generationen hindurch. Er glaubt, dafs aus diesen Experimenten immerhin wichtige Schlüsse für die Erkenntnis der Tumoren gezogen werden können. Seiner Meinung nach ist die Annahme, dafs der Krebs eine infektiöse Erkrankung sei, gerade durch die experimentellen Versuche als vollkommen unhaltbar nachgewiesen. Die Transplantationsexperimente haben gezeigt, dafs die Krebszellen durch ihr unbegrenztes Wachstumsvermögen sich von normalen Gewebszellen biologisch unterscheiden. Dabei ist es nicht notwendig, dafs für dieses Wachstum besondere Verhältnisse vorliegen. Gewisse Tumoren wachsen in normalen Individuen, wenn auch andere wiederum einen besonderen Boden verlangen; wenigstens wachsen einige Tumoren nicht in anderen Individuen, die sich beim gleichen Individuum auf andere Teile durch Transplantation übertragen lassen.

2. **Die Einteilung der Geschwülste,** von F. B. Mallory-Boston. M. wendet sich gegen die allgemein gebrauchten Ausdrücke Spindelzellen- und Rundzellsarkom. Ein Spindelzellensarkom kann zusammengesetzt sein aus Bindegewebe, glatten Muskelfasern Endothel- oder Neurogliazellen; ein Rundzellensarkom kann in Wirklichkeit ein Lymphom sein, ein Osteosarkom, ein malignes Leiomyom oder Neurom.

3. **Die physiologische Pathologie der Gehirntumoren,** von Harvey Cushing-Baltimore. Eingehende Besprechung der verschiedenen allgemeinen und lokalen Symptome, die ein Gehirntumor unter Umständen hervorbringen kann und die uns im gegebenen Falle zusammen mit den verschiedenen Untersuchungsmethoden (Augenhintergrund, cerebrospinale Flüssigkeit usw.) die Diagnose eines Gehirntumors ermöglichen und seinen Sitz eventuell genau lokalisieren lassen. *W. Lehmann-Stettin.*

Elektro- und Radiochirurgie im Dienste der Behandlung maligner Tumoren, von R. Werner und A. Caan - Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 23.) Verfasser schildern unter Beigabe von zahlreichen Abbildungen die bei malignen Tumoren (und Lupus) von ihnen teils mit dem Messer, teils mit Röntgenbestrahlung, der Fulguration und der de Forestschen Nadel erzielten Resultate. Sie kommen dabei zu folgenden Schlufsfolgerungen: Operable Geschwülste, die nicht intrakraniell, intrathorakal oder intraperitoneal liegen, sind am besten mit der de Forestschen Nadel zu exstirpieren, um die Ausstreuungsgefahr herabzusetzen und die Umgebung des Erkrankungsherdes durch offene Wundbehandlung einer längeren Röntgennachkur zugängig zu machen. Gelegentlich brachte die Fulguration entschiedenen Vorteil. Lokal inoperable Geschwülste sind, sobald sie ulcerieren, mit der de Forestschen Nadel abzutragen, eventuell zu thermopenetrieren oder, falls grofse Gefäfse in der Nähe sind, mit Exkochleation oder Fulguration zu behandeln.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten, von G. Izar - Catania. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 25.) Im Verfolg seiner mit M. Ascoli zusammen ausgeführten Untersuchungen in bezug auf die Veränderungen der Oberflächenspannung (Meiostagminreaktion) des Blutserums hat Verfasser auf verschiedene Arten die entsprechenden Antigene des pathologischen Prozesses herzustellen versucht. Sowohl bei Tieren als auch beim Menschen hat er mit den Präparaten Versuche mittels intravenöser Injektion vorgenommen, doch kann von einem definitiven Resultate dabei noch nicht gesprochen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pathologische Anatomie und Diagnose des Krebses, von D. v. Hansemann. (*Zeitschr. f. Krebsforschung.* 10. Bd., 1. Heft.) Kurzer Überblick über die Entwicklung des Begriffes der bösartigen Geschwülste. Für die Diagnose kommt histologisch vor allem die Anaplasie, die geringere Differenzierung der Geschwulstzellen in Betracht. Dazu kommen noch zahlreiche Erfahrungstatsachen über Benignität oder Malignität einer Wucherung je nach dem Sitze. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Eine Ursache von Krebs im Lichte von Beobachtungen des Leidens in Kaschmir, von E. F. Neve. (*Brit. med. Journ.* 3. Sept. 1910.) In Kaschmir haben die Eingeborenen die Sitte, einen tragbaren Feuerkorb zu verwenden, den sie unter ihrer Gewandung von Ort zu Ort mit sich nehmen. Auf Verbrennung der Haut durch diese Feuerkörbe (in der Landessprache ein Kangri genannt) führt N. den relativ enorm hohen Prozentsatz von Krebsbildung an den Oberschenkeln und dem Abdomen in dortiger Gegend zurück, indem beim Ausruhen der Kangri gewohnheitsmäfsig zwischen den Oberschenkeln des auf dem Boden sitzenden oder kauernden Mannes steht. Unter einem Krankenhausmaterial von 4902 in 25 Jahren operativ entfernten Tumoren fanden sich 1720 maligne Gewächse, von denen 848, am Abdomen oder den Oberschenkeln lokalisiert, als Kangrikrebs zu klassifizieren waren. Wie Verfasser des weiteren ausführt, handelt es sich hier um typische Epithelialkrebse der Haut, deren erste Grundlage durch den Reiz der Verbrennung oder Überhitzung gegeben ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Lokale Reizmittel und Krebs, Redaktionsartikel. (*Brit. med. Journ.* 3. Sept. 1910.) Es wird zur Ergänzung der Arbeit von Neve über Krebsbeobachtungen in Kaschmir der dort landesübliche Feuerkorb abgebildet und besprochen. Derselbe besteht aus einem Topf von feuerfestem Ton, der in einem entsprechenden Henkelkorb von besonderer Gestalt eingestellt wird. Des weiteren bespricht der Artikel einige andere Publikationen, welche sich auf die Bedeutung von lokalen Irritamenten als Faktoren in der Ätiologie des Carcinoms beziehen, namentlich auch die Arbeit von Legge über Krebs der Arbeiter in den Pechfabriken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Röntgencarcinom, von Otto Hesse-Bonn. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. 17, Heft 2.) Ein Auszug aus einer Monographie des Verfassers: „Symptomatologie, Pathogenese und Therapie des Röntgencarcinoms“, die in den zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiet der Röntgenkunde im Verlaufe dieses Jahres bei Joh. Ambr. Barth in Leipzig erscheinen soll. Die sehr verstreute Literatur über diese Frage ist gesammelt und kritisch bearbeitet worden; aus diesen Berichten und einer Reihe persönlicher Mitteilungen konnte Verfasser 94 Fälle von Röntgenkrebs und verwandten Zuständen sammeln. Und zwar litten 54 Personen an sicherem Carcinom (mit etwa 95 bis 100 einzelnen Tumoren). Von diesen Fällen, die sich ziemlich gleichmäfsig auf Ärzte und Techniker verteilen, entfallen 13 auf Deutschland, 13 auf England, 2 auf Frankreich und 26 auf Amerika. Über das zeitliche und lokale Auftreten, den Verlauf und Beteiligung der verschiedenen Organe werden Schlüsse gezogen, ebenso über die Art des Entstehens, die Histologie und die Aussichten eines therapeutischen Vorgehens. Als Grundsatz für letzteres wird aufgestellt: Das Röntgencarcinom selbst kann nicht

radikal genug, sein Boden nicht milde genug behandelt werden. Die Prognose wird als noch nicht spruchreif bezeichnet. *W. Lehmann-Stettin.*

Salvarsan und Arsencarcinom, von J. Hutchinson-London. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1911.) Verfasser erinnert an die von ihm und von anderen Ärzten gemachten Beobachtungen vom Auftreten von Herpes zoster und namentlich von Krebs im Anschlufs an einen längeren Gebrauch von Arsenikpräparaten. Er ermahnt auf Grund der chemischen Zusammensetzung des Salvarsans zu Vorsicht bei dessen Verwendung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Hornkrebs bei Mäusen, von Georg Raeschke. (Dissert. Berlin 1911.) Zum kurzen Referat ungeeignete, hauptsächlich histologische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

b. *Benigne.*

Ein Fall von Papillomata linguae auf dem Boden einer Leukoplakie, von Karl Jahr. (Inaug.-Dissert. Jena 1910.) Es handelt sich im eingehend beschriebenen Fall um einen Mann von 54 Jahren. Irgendwelche venerische Infektion wird entschieden negiert. Patient hat nicht Tabak gekaut und nur wenig geraucht. Kein Alkoholabusus. Vor zirka sechs bis sieben Jahren schuppende Flecken an beiden Ellenbogen. Seit fünf Jahren weifse Flecken und seit ungefähr drei Jahren Knoten auf der Zunge. Auf derselben befinden sich mehrere mehr oder minder grofse, scharf umschriebene, zum Teil zusammenhängende und dann serpiginös begrenzte, 2—3 mm hohe Plaques von intensiv weifser Farbe. Die prominierenden Plaques befinden sich auf dem Dorsum der linken Zungenhälfte. Die übrige Zunge ist weifslich-grau gefärbt, teilweise rissig. Beim Anspannen der prominenten Plaques ergibt sich, dafs der Tumor einen zerklüfteten Bau hat; es entsteht ein ähnliches Bild, wie man es bei abgeplatteten spitzen Kondylomen sieht. Der Tumor zeigt keine Neigung zum Zerfall und keine Absonderung. Die Zungenbeweglichkeit ist nicht erschwert. Keine Drüsenschwellung. Am Körper keine Anhaltspunkte für Lues. Antiluetische Kur ohne Erfolg. (Nebenbefund: Ekzema marginatum der Genital- und Kreuzbeinregion.) Gegen einen gummösen Prozefs spricht der Umstand, dafs die Tumoren trotz des langen Bestehens keine Neigung zum Zerfall zeigen und auf spezifische Kur nicht reagierten. Carcinom ist auszuschliefsen, da ein Tumor vorhanden ist, der keine Neigung zum Zerfall zeigt, da die umgebende Schleimhaut nicht entzündet ist, keine Schmerzhaftigkeit, Salivation und Erschwerung der Zungenbeweglichkeit vorliegt und die regionären Lymphdrüsen nicht befallen sind. Als die prädisponierende Ursache der Papillombildung ist im vorliegenden Falle die Leukoplakie anzusehen.

Die Prognose der Zungenpapillome ist auf jeden Fall mit Reserve zu stellen, doch ist sie namentlich bei jüngeren Leuten keine schlechte. Am ungünstigsten sind die Fälle, wo die Papillome auf dem Boden einer Schleimhauterkrankung enstanden sind, die zu Epitheliombildung disponiert ist. *Fritz Loeb-München.*

Nackenlipome bei niederen Tieren, von J. Hutchinson - London. (*Lancet.* 25. März 1911.) Verfasser kommt auf das kürzlich von ihm besprochene Thema der diffusen Nackenlipome zurück und deren Analogien im Tierreich, z. B. beim Esel. Das spezifische anatomische Merkmal dabei ist eine diffuse Hypertrophie des die gröberen Haare (beim Tier die Mähne) umgebenden Fettgewebes. Als ein Gegenstück hierzu bringt Verfasser jetzt die Photographie eines enormen Lipoms des Mons veneris bei einem Manne. Der Ausgangspunkt der Geschwulst war hierbei auch das die gröberen Schamhaare umgebende Fettgewebe. Der Patient bot zugleich auch am Nacken sehr erhebliche Lipome dar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zwei Fälle von Makrocheilie der Oberlippe infolge Hypertrophie und Hyperplasie der Lippenschleimdrüsen, von Giuseppe Masera-Pavia. (*Morgagni.* 1911. Nr. 4.) Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daſs bei jugendlichen Individuen eine Form von Makrocheilie vorkommt, welche Ober- und Unterlippe betrifft und ausschlieſslich einer abnormen Entwicklung der Lippenschleimdrüsen zuzuschreiben ist. Klinisch kann diese Form von anderen (z. B. der lymphangiomatösen) Formen unterschieden werden dadurch, daſs man durch methodische Palpation an der Schleimhautseite der Lippe eine granulöse Oberfläche finden kann. Histopathologisch kann die Differentialdiagnose zwischen „einfacher Hypertrophie und Hyperplasie der Lippendrüsen" und Adenom derselben zweifelhaft bleiben auch bei genauester Untersuchung. Aber wenn nicht alle Charaktere des Adenoms zweifellos vorhanden sind, muſs die histopathologische Diagnose auf „einfache Hyperplasie und Hypertrophie" gestellt werden. Übrigens sind diese Fälle die häufigsten, während die richtigen Adenome die Ausnahme bilden. *Gunsett-Straſsburg.*

c. *Pigmentanomalien.*

Buffons Abbildung einer scheckigen Negerin, von A. Keith-London. (*Brit. med. Journ.* 3. Sept. 1910.) Im Institut des Royal College of Surgeons befindet sich ein Ölbild, das dem im Buffonschen Aufsatz über Pigmentierungen in dessen Histoire naturelle enthaltenen Kupfer genau entspricht. Es handelt sich um ein Mädchen von zwei bis drei Jahren, das einem Negerehepaar, Sklaven, in Carthagena in Amerika im Jahre 1736 geboren war. Wahrscheinlich war der Vater ein Albinoneger.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Neuer Fall von blauem Mongolenfleck, von Comby und Schreiber. (*Bull. méd.* 1911. S. 78.) Diese Anomalie fand sich bei einem fünfjährigen Knaben in der Kreuzbeingegend. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Beziehungen zwischen der Hyperpigmentierung der Haut bei Morbus Addisonii und der Funktion der Nebennieren, von G. Stümpke-Hannover-Linden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 29.) Bezugnehmend auf die Arbeit von Meirowsky (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 19) über dieses Thema, vertritt St. die Auffassung, daſs der Abbau der erwähnten Propigmente nicht in den Nebennieren selbst erfolgt, sondern in der Epidermis und zwar durch die Sekretionsprodukte der Nebennieren, die auf dem Wege des allgemeinen Kreislaufs resp. des Lymphstromes dahin gelangen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zum Studium der ambulatorischen Behandlung variköser Ulcera mittels der Unnaschen Methode, von Serge Vartanian. (*Thèse de Paris.* 1910. Nr. 205.) Bericht über günstige Erfahrungen auf Grund von 18 (mitgeteilten) Fällen.
Fritz Loeb-München.

Über Augenerkrankung bei Rosacea, von R. Hilbert-Sensburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 29.) Auf einen gewissen Zusammenhang zwischen Rosacea und Augenleiden ist in vereinzelten Publikationen schon hingewiesen worden. H. hat einen mit mäſsiger aber typischer Rosacea behafteten 61jährigen Landwirt beobachtet, bei dem das Augenleiden nicht eher wich, als bis die Dermatose erfolgreich behandelt worden war. Ophthalmologisch handelte es sich um Conjunctivitis, Ciliarinjektion, Keratitis mit starker Vaskularisierung, Beeinträchtigung oder Aufgehobensein der Akkomodation und Pupillenenge. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

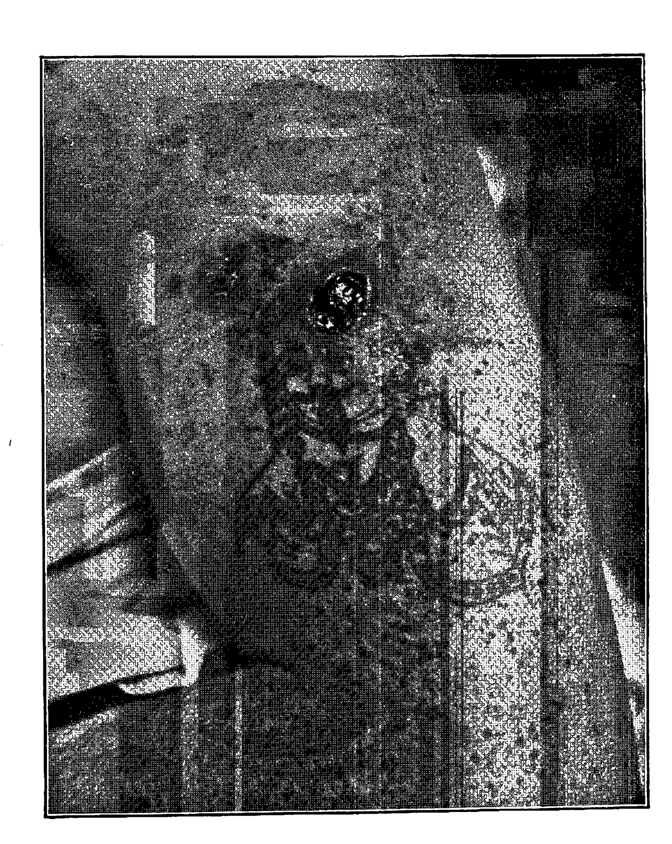
Einige Fälle von Atrophia cutis idiopathica, von L. Török-Budapest. (*Bör-és bujakórtan*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság*. 1911. Nr. 2.) Török beschreibt vier Fälle dieser nicht gerade häufigen Krankheit. 1. Das Hautleiden einer 47jährigen Näherin nahm vor elf Jahren seinen Anfang und zwar in Form einer juckenden Anschwellung in der Knöchelgegend. Das Leiden verbreitete sich nach und nach; die Haut der unteren Gliedmafsen ist in ihrer ganzen Ausdehnung, von den Zehen bis zur Weiche, erkrankt. An den dunkleren roten Stellen und in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft ist sie auffallend dünn, glänzend, fein runzelig oder kann in feine Runzeln gezogen werden. Die Sammeladern sind gedehnt. Die Adern bilden auf beiden Seiten der Knöchel und unter den Kniescheiben ein dichtes Netz. Die Herde erheben sich über das Hautniveau, können sackmäfsig verschoben, in feine Falten gezogen werden und sind sehr weich. Ein Teil der Herde ist nicht erhaben, aber auch ihre Haut ist dünn, feinrunzelig, in gröfserm Mafse verschiebbar, als die Nachbarhaut, die an der Grenze der Herde mit einem scharfen Saume endet. Einzelne Herde sind narbenmäfsig unter dem Niveau der Haut eingefallen, scharf begrenzt, weifs, und können in feine Runzeln gelegt werden. Die kranke Haut ist auf Druck und Wärmereize empfindlicher und juckte auch vordem. 2. Makulöse, kleinfleckige Atrophie bei diffusem Prozefs, in der Glutäalgegend. Eine 29jährige Frau litt an Muskelatrophie der unteren Gliedmafsen, die infolge von Neuritis entstanden ist. Zu gleicher Zeit entwickelte sich ihr jetziges Hautleiden. Die Haut des Fufsrückens, der Knöchelgegend des untern Fünftels des Unterschenkels, der Kniescheibengegend ist blaurot, glänzend, trocken und dünn. Die rechte Glutäalgegend ist lebhaft rot, hyperämisch. Auf dem Rande können nagelgrofse, hyperämische Flecke gefunden werden, die zugleich ein wenig ödematös waren. Die Flecke können sackmäfsig verschoben werden. Die Haut juckt ab und zu und ist auf Druck empfindlich. 3. Die diffuse Atrophie lokalisiert sich auf benachbarte Hautflächen. Eine 35jährige Landwirtsfrau hatte seit vier Jahren ein Hautleiden. Auf der Brustgegend fing es an, später tritt es am Rücken und Nacken, nachher hinter den Ohren, vor zwei Jahren auf der Stirne und dem Gesichte auf. Die Haut beider Gesichtshälften ist etwas röter, glänzend, ein wenig dünn und mit ungeheuer viel kleinen, punkt- oder fadenförmigen, roten, erweiterten Äderchen durchzogen. In dem an dem Halse liegenden Teil sind einige linsengrofse, ein wenig ödematöse blafsrosenfarbige Erhöhungen sichtbar, die Haut kann über dem subcutanen Bindegewebe bewegt werden. Auf der Brust, auf dem Nacken, auf dem Rücken und den Schultern waren eiförmige Herde mit einem Durchmesser von 2—7 cm. Sie erheben sich halbkugelmäfsig über das Niveau der Haut, sind blafsrot, eigentümlich weich elastisch; man findet auch runzlige, weiche, und wenn man sie mit dem Finger drückt, kann man die Grenze der gesunden Haut in Form eines scharfen Ringes fühlen. 4. Die Haut ist nicht runzlig und scheint nicht überaus locker zu sein, sondern ist stark über das Gewebe gespannt, bildet nicht von selbst Falten und kann nicht gerunzelt werden. Das Leiden des 44jährigen Landwirts begann vor fünf bis sechs Jahren in der Gegend des rechten innern Knöchels in der Form einer Blase, die angeblich vom Stiefel herstammt. Seitdem verbreitete sich das Übel auf beide Extremitäten, die Haut auf den Zehen beider Füfse ist blaurot, gröfstenteils glänzend und glatt, schuppt stellenweise ein wenig und haftet fest an ihnen. Sie sind in ihrer Bewegung gehindert und sind infolgedessen gestreckt. Infiltration ist weder in der Haut, noch unter ihr nachzuweisen. Die Haut der Fufsrücken und beider Knöchelgegenden ist dünn, schuppt stellenweise, ist aber zumeist glatt und glänzend. Der untere Teil der Schenkel sieht ähnlich aus. Auf dem linken Fufsrücken sind mehrere oberflächliche Ulcera mit einem Durchmesser von 1—2 cm, die wenig trübe, seröse Flüssigkeit absondern. *Porosz-Budapest.*

Beitrag zur Kenntnis der Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer), von Hans von Hertlein. (Inaug.-Dissert. Rostock 1910.) An der Rostocker dermatologischen Klinik wurden seit dem Jahre 1902 fünf Fälle von idiopathischer Hautatrophie beobachtet, welche Verfasser, da sie ganz auffällig mit den von Herxheimer und Hartmann beschriebenen übereinstimmen, auch mit dem Namen Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer) belegt. Diese Fälle werden ausführlich geschildert. Aufserdem führt Verfasser die in der Literatur verzeichneten Fälle an. Das Wesentliche ist, dafs bei sämtlichen Fällen den atrophischen Prozessen immer ein entzündliches Stadium vorausgeht. Dieses geht fast ständig mit einer hellroten bis livide, bis blauroten Verfärbung der Haut einher, welche gleichzeitig mehr oder weniger Schwellung zeigt, sich teils ödematös, teils derb anfühlt, manchmal sogar als circumscriptes, knotenförmiges Infiltrat imponiert. Bei dem streifenförmigen Auftreten der Erkrankung bevorzugt das Anfangsstadium die Extremitäten und zwar in erster Linie Hand- und Fufsrücken sowie die Dorsalflächen der Finger, um sich zuerst an der Streckseite zentripetal weiter zu verbreiten. Fälle, bei denen Acrodermatitis atrophicans und Dermatitis atrophicans maculosa gleichzeitig vertreten waren, scheinen sehr selten zu sein. Subjektive Beschwerden bereitet das primäre Stadium wenig. Im allgemeinen klagen die Patienten nur über ein spannendes Gefühl in den Gelenken. Was den Sitz der Erkrankung betrifft, so findet sich eine Bevorzugung der oberen Extremitäten.

Interessant ist die Verfärbung der erkrankten Partien vom Anfangs- bis zum Endstadium. Verfasser konnte dies des genaueren bei einem seiner Fälle beobachten. Beim Beginn der Erkrankung, im Stadium der ersten Anschwellung, war die Haut hellrot verfärbt. Je mehr das Stadium der Infiltration seinen Höhepunkt erreichte, desto mehr näherte sich der Farbenton dem livide bläulichen, später an einigen Stellen dem bräunlichen. Mit dem Beginn der Atrophie nahm die Haut wieder mehr einen hellroten Farbenton an, um schliefslich, je weiter die Atrophie fortschreitet, oft mit einer vitiligoähnlichen Verfärbung zu enden. Da bei starker Verdünnung der Haut die venösen Gefäfse namentlich an den unteren Extremitäten besonders stark hervortreten, wird das resultierende Bild ein ziemlich buntes, aber bei alledem ein sehr charakteristisches. Zuerst, bei Beginn der Infiltration, läfst sich die Haut noch von ihrer Unterlage abheben, die abgehobenen Falten gleichen sich noch verhältnismäfsig leicht wieder aus. Auf dem Höhepunkt des Infiltrationsstadiums gelingt dieser Versuch überhaupt nicht mehr, die Haut ist starr und derb. Oft sogar fest mit ihrer Unterlage verlötet. Von dem Augenblicke an, wo die Infiltration dagegen zurückgeht, beginnt die Haut an Volumen abzunehmen und fältelt sich wieder. Mit der fortschreitenden Verdünnung nimmt die Fältelung merklich zu. Je weiter das Stadium der Atrophie fortschreitet, desto leichter wird die Haut in Falten abhebbar, doch gleichen sich diese nur langsam wieder aus, was wohl in erster Linie auf den Schwund oder die Veränderung des elastischen Gewebes zurückzuführen sein dürfte. Auch bei der makulösen Form der Hautatrophie finden sich die gleichen Verhältnisse deutlich ausgeprägt, ebenso wie bei der diffusen, idiopathischen Atrophie, so dafs man (Herxheimer) die Mehrzahl der an den Extremitäten lokalisierten Fälle zur Acrodermatitis chronica atrophicans zu rechnen berechtigt sein dürfte. Man darf nach der Meinung des Verfassers in Analogie mit den geschilderten Fällen auch die idiopathischen und makulösen Formen enger an die Acrodermatitis anschliefsen.

Fritz Loeb-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



Merian.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

atshefte fi

R

ie Möglichkeiten
rmatitis infectiosa
der A

Ric
of Dermatology, Unive
and to the S

Jahre 1902 beschri
isen katarrhalisch
ne besondere klinis
n Namen „Dermat
erungen stützten s
n an 35 Fällen de
klinischen Material
n die charakteristisch
nd denselben die P
zwar in der mehr un
Die allererste Läsio
ndiger, schuppiger, b
Die Tüpfeln sind a
daß man sie beim s
Eine Symmetrie in d
ung in bestimmter A
Die Läsionen bilden P
eine erheblichen Um
und Bläschenbildung
zeigen sich zu ein
r Weise sich weiter a
stehen als Anhäufung
Die Plaques sind ein
Peripherie ist die E
Archiv. Bd. 32

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. N⁰ 11. 1. Dezember 1911.

Über die Möglichkeiten von Verwandtschaftsbeziehungen zwischen der Dermatitis infectiosa ekzematoides, der Dermatitis repens und der Acrodermatitis perstans.

Von

Richard L. Sutton M. D.,

Professor of Dermatology, University Medical College; Dermatologist to the German and to the Swedish Hospitals Kansas City Mo.

Mit vier Tafeln.

Im Jahre 1902 beschrieb und definierte Engman (*Amer. Med.*, IV., S. 769) einen katarrhalisch entzündlichen Prozeſs an der Haut, welchen er als eine besondere klinische Einheit auffassen zu dürfen glaubte und mit dem Namen „Dermatitis infectiosa ekzematoides" belegte. Seine Schluſsfolgerungen stützten sich auf sorgfältige und erschöpfende Untersuchungen an 35 Fällen der Affektion, die teils der Privatpraxis, teils dem poliklinischen Material entstammten. Der Autor nennt die folgenden Momente als charakteristisch für diese spezielle Krankheitsform und begründet mit denselben die Berechtigung zur Absonderung der Anomalie vom Ekzem in der mehr umschriebenen Bedeutung dieses Namens:

1. Als allererste Läsion kann ein Bläschen, eine Pustel oder ein erythematöser, schuppiger, borkenbedeckter Punkt oder Fleck hervortreten.

2. Die Vesikeln sind nicht so dicht gesät und sind von gröſserem Umfang, als man sie beim akuten symmetrischen vesikulösen Ekzem sieht.

3. Eine Symmetrie in der Verteilung der Läsionen fehlt, auſser wenn sie zufällig in bestimmter Anordnung inokuliert wurden.

4. Die Läsionen bilden Flecke, von denen für gewöhnlich jeder einzelne keinen sehr erheblichen Umfang erreicht. Wenn die Affektion von Anfang an mit Bläschenbildung einsetzt, platzen gewöhnlich diese Gebilde und vereinigen sich zu einem schuppigen Flatschen, der dann in der sonstigen Weise sich weiter ausdehnt. Neue Herde können sich im weiteren Verlauf dann als Anhäufungen solcher Bläschen hinzugesellen.

5. Die Plaques sind circumscript und haben scharf abgesetzte Ränder. An der Peripherie ist die Epidermis gewöhnlich unterminiert, zerklüftet,

abgelöst oder emporgehoben; diese zwei letztgenannten Veränderungen sind bedingt durch die wahrnehmbare oder auch unmerkliche Anwesenheit von seröser oder seropurulenter Flüssigkeit, welche, falls sie auch fibrinöse Materie in irgendwie erheblichen Mengen enthält, auch bald zur Entstehung einer dünnen, wallartigen Kruste an der Peripherie führen kann, während beim Vorhandensein von gröfseren und mehr dünnflüssigen Massen man unter der abstehenden Epidermis vielfach Tropfen hervorpressen kann.

6. Das Leiden breitet sich durch peripheres Auswachsen der Flecke und durch die Entstehung von neuen Herden infolge von Autoinokulation weiter aus.

7. Die unbedeckten Körperstellen werden am häufigsten affiziert.

8. Von einer zentralen Involution war nichts wahrzunehmen.

9. Juckreiz war nur in minimalem Grade vorhanden.

10. Die nächstgelegenen Lymphdrüsen waren häufig geschwollen.

11. Die primäre oder frühzeitigste Läsion enthielt den weifsen oder den gelben Staphylococcus in Reinkultur; das gleiche gilt von der Oberfläche und den Krusten der nachfolgenden Läsionen.

12. Die experimentellen Inokulationen waren in der Regel erfolgreich, aber die dadurch erzeugten Läsionen traten als erythematöse Flecke hervor und fingen bald ohne vorherige Bläschenbildung zu sezernieren und Borken zu bilden an.

13. Anamnestisch sind ein vorangegangenes Trauma, eine Infektion oder die Komplikation mit eitrigen Prozessen ein charakteristisches Moment.

14. Lokale antiparasitäre Mittel genügten zur Heilung.

In bakteriologischer Hinsicht fand Engman, dafs mit dem Inhalt der primären Bläschen, dem serösen oder serös-eitrigen Exsudat der unteren Fläche der Borken und mit dem Geschabsel von den frisch erodierten Stellen sich beim Impfen auf künstliche Nährmedien Reinkulturen von Staphylococcus aureus oder albus oder von beiden erzielen liefsen. Wenn man anscheinend intakte Hautstellen eines an ekzematoider Dermatitis leidenden Individuums nach den gewöhnlichen Methoden sterilisierte und alsdann reizte und mit dem von den ekzematösen Gebieten entnommenen Sekret impfte, so entstand prompt eine Affektion analog derjenigen, welche an der das Impfmaterial liefernden Stelle bestand. Dagegen waren die von einer Person auf die andere oder von künstlichen Kulturen auf Versuchsobjekte ausgeführten Übertragungen wenig erfolgreich, was, wie Engman annimmt, wahrscheinlich als Reaktion des fremdartigen Bodens oder auch durch etwaige, beim Züchten auf den im Laboratorium verwendeten Nährmedien entstehende Umwandlungen des chemotaktischen Charakters der Organismen zu erklären wäre.

Fordyce (*Journ. cutan. dis.* 1911. S. 129) hat auf die verhältnismäfsig grofse Anzahl von Ekzemfällen hingewiesen, bei denen den

katarrhalischen Prozessen irgendein vorbereitender pathologischer Zustand wie Skabies, Verletzungen, die vielleicht infiziert wurden, Furunkulose, Intertrigo, eiternde Fisteln usw. vorangegangen ist. Aus dieser Beobachtung und gestützt auf andere Beweismittel folgert Fordyce, dafs viele Abarten des landläufigen Ekzems zur Gruppe der Engmanschen ekzematoiden infektiösen Dermatitis zu rechnen sein dürften.

Sehr wohl bekannt ist die klassische experimentelle Arbeit von Benda, Bockhart und v. Gerlach (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 15. Aug. 1901) über die Rolle des Staphylococcus in der Ätiologie des Ekzems. Diese Forscher inokulierten sich selber mit Agar- und Bouillonkulturen von Staphylokokken, und sie applizierten auch sowohl filtrierte wie auch unfiltrierte Kulturen (welche also das Staphylokokkentoxin ohne bzw. mit Staphylokokken enthielten) auf absichtlich verletzte und gereizte Stellen ihrer Körperoberfläche. Sie fanden dabei, dafs die von Agarkulturen stammenden Staphylokokken und auch die isolierten Mikroorganismen eine Impetigo staphylogenes hervorriefen, während das von filtrierten Bouillonkulturen stammende Staphylotoxin und die von unfiltrierten Bouillonkulturen gewonnenen Staphylokokken nebst Staphylotoxin ausnahmslos zu ekzematösen Läsionen von sehr ähnlichem Charakter führten. In einer ergänzenden Mitteilung spricht sich Bockhart (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1901. Nr. 1) sehr entschieden dahin aus, dafs das Ekzem zweifellos durch den Staphylococcus bedingt wird. Dieser Organismus ist, wenn auch meistens in inaktiver Form, ständig in den Hautfollikeln anwesend. Unter gewissen, der Vermehrung und dem Wachstum der Bakterien günstigen Umständen, wobei einerseits eine Verminderung der Resistenzfähigkeit des Wirtes und andererseits, was das wahrscheinlichere zu sein scheint, irgendein den Nährboden, auf dem der Staphylococcus gedeiht, vermehrendes oder verbesserndes Agens in Wirksamkeit tritt, gelangt der Mikroorganismus zu einer erhöhten Tätigkeit und vermehrt sich nicht nur rapide an Zahl, sondern sondert auch gröfsere Mengen von Staphylotoxin ab. Die Wirkung der serotaktischen Eigenschaften dieses Toxins äufsert sich durch die Entwicklung von Papeln und späterhin auch von Vesikeln. An den vom generativen Herde am weitesten entfernten Stellen sind die Läsionen anfangs bakteriologisch steril, aber die in der nächsten Umgebung des Ausgangspunktes lokalisierten Gebilde enthalten sowohl Bakterien wie Staphylotoxin. Die späteren Veränderungen, welche der Inhalt der Bläschen erleidet, sind zu einem erheblichen Grade abhängig von der Beschaffenheit und der Menge des vorhandenen „Staphyloplasmin", eine weitere theoretische Substanz, welche als das Produkt des kokkogenen Stoffwechsels anzusehen ist. Wenn das „Plasmin" in gröfseren Quantitäten anwesend ist oder eine besondere Virulenz besitzt, so kann die Entwicklung von einem oder von mehreren Furunkeln die Folge sein; oder, wenn die

Mikroorganismen oberflächlich lokalisiert sind, können die resultierenden Läsionen einen impetiginösen Charakter aufweisen,

Der parasitäre Ursprung des Ekzems bildete einen der Hauptgegenstände, die beim vierten internationalen dermatologischen Kongreſs zur Diskussion standen, und nach der sorgfältigen Durchsicht der Beiträge von UNNA, JADASSOHN, GALLOWAY und EYRE, sowie von BROCQ und VEILLON (Verhandl. des IV. internat. dermat. Kongresses, Paris 1910) fühlt man sich fast gezwungen, dem NEISSERschen Ausspruche zuzustimmen, nämlich, „daſs es keine einzelne Krankheit gibt, welche die Bezeichnung „Ekzem" beanspruchen kann, und daſs dieser Name, in der Art, wie er jetzt angewandt wird, zweifellos mehrere verschiedenartige Affektionen in sich schlieſst".

Um dieses Grundes willen, abgesehen auch von allen anderen etwaigen Momenten, wird die Forderung nach einer allgemeineren Anerkennung der Identität der infektiösen ekzematoiden Dermatitis aufgestellt, da ein weiteres Einschlieſsen der Affektion in der Ekzemgruppe nur zu unvermeidlicher Konfusion führen kann. Bei einer vergleichenden Untersuchung über Dermatitis repens (CROCKER, *Diseases of the Skin*. 1893. S. 180) und Acrodermatitis perstans (HALLOPEAU, *Ann. de Dermat. et de Syph.* 1897. S. 473) fand ich, daſs Reinkulturen des Staphylococcus aureus oder albus fast ausnahmslos (*Journ. cutan. dis.* 1911. S. 325) sich gewinnen lieſsen aus dem trüben oder eitrigen Exsudat, das sich an den Rändern der Läsionen ansammelte. Zur Zeit, als diese Beobachtungen angestellt wurden in den Jahren 1909 und 1910, waren mir die ENGMANschen Forschungen über die Bakteriologie der infektiösen ekzematoiden Dermatitis noch unbekannt, und ich wurde erst auf dieses Leiden und dessen mutmaſsliche Ätiologie aufmerksam, als ich einem darauf bezüglichen Hinweis in einer von demselben Autor herrührenden Arbeit über Bakteriotherapie (*Journ. cutan. dis.* 1910. S. 553) im November 1910 begegnete. Der Histopathologie des Leidens war dabei auch Erwähnung getan mit Bezug auf die serogenetische Wirksamkeit der in und unterhalb des Stratum corneum gelagerten Staphylokokken. Sowohl in dieser Publikation wie auch in der vorherigen weist der Verfasser auf die Möglichkeit einer zwischen der von ihm besprochenen Affektion und der CROCKERschen Dermatitis repens bestehenden Verwandtschaft hin.

Während des vergangenen Jahres hatte ich Gelegenheit, bei einigen typischen Fällen von infektiöser ekzematoider Dermatitis die histologischen Verhältnisse der Läsionen zu studieren. Eine Gegenüberstellung der Befunde bei diesem Prozeſs im Vergleich zu denjenigen der Dermatitis repens dürfte nicht uninteressant sein. In Parenthese möchte ich dazu bemerken, daſs meinen Erfahrungen nach die HALLOPEAUsche „Acrodermatitis perstans" bakteriologisch und histologisch in jeder Hinsicht so gut wie

identisch ist mit der mehrere Jahre zuvor von CROCKER unter der Bezeichnung Dermatitis repens beschriebenen Abnormität.

Fall I. S. J. J., Möbelhändler, 34 Jahre alt. Hereditäre Verhältnisse und eigene Vorgeschichte belanglos. Die Erkrankung entstand im Anschlufs an eine durch einen eingewachsenen Nagel der linken grofsen Zehe verursachte Eiterung. Im Verlaufe von acht Tagen dehnte sich der Prozefs über den Innenrand des Fufses und eine Strecke weit auf den Unterschenkel hinauf aus, wobei sich eine ganze Reihe von scharf umschriebenen Herden, die mit Bläschen und Pusteln besetzt waren und stellenweise Exfoliation und Unterminierung der Epidermis an den Randgebieten darboten, entwickelte. Die einzelnen Flecke wuchsen regellos aus; das Zentrum blieb mehrere Tage hindurch mehr oder weniger entzündlich gereizt und sonderte auch seröse Flüssigkeit in erkennbaren Mengen ab. Juckreiz war wenig oder gar nicht vorhanden; dagegen machte sich ein gewisses Gefühl von Brennen zuweilen bemerkbar.

Fall II. S. B. C., Landwirt, 53 Jahre alt, wurde mir von Dr. G. W. DAVIS aus Ottawa, Kansas, zugewiesen. Die allererste Attacke, die ins Jahr 1903 fiel, stellte sich im Anschlufs an eine eiternde Wunde auf dem Handrücken rechterseits ein und blieb mehrere Wochen lang bestehen, wobei sowohl die Hand wie der Arm und die rechte Brustseite beteiligt waren. Seitdem hat Patient jedes Jahr eine oder mehrere Attacken durchgemacht; meistens geschah dies während der Sommermonate und ausnahmslos im Gefolge von irgend einem leichten Trauma. Seine Widerstandsfähigkeit gegen Staphylokokken ist offenbar sehr herabgesetzt, da die geringfügigste Verletzung ausnahmslos in Eiterung übergeht, wenn sie irgendwie vernachlässigt wird. Anfangs dachte man, dafs diese hochgradige Empfindlichkeit durch Glykosurie bedingt sein könnte, aber es liefs sich bei wiederholten Urinuntersuchungen niemals etwas abnormes nachweisen. FORDYCE (*Journ. cutan. dis.* 1911. S. 135) hat die Vermutung ausgesprochen, dafs gewisse Individuen eine ungewöhnliche Sensibilisierung gegenüber den chemischen Produkten der Eiterorganismen erfahren können, ebenso wie tuberkulöse Patienten dem Tuberkulin gegenüber besonders sensibilisiert sein können, und dieser Gedanke scheint mir von spezieller Bedeutung für diesen Krankheitsfall zu sein.

Zur Zeit der Konsultation hatte die Affektion, die von dem purulenten Sekret eines Furunkels der linken Hand ausgegangen war, schon drei Wochen bestanden, und es waren das linke Handgelenk, der linke Arm und so gut wie der gesamte Rumpf dabei beteiligt.

Fall III. A. L., Chauffeur, 21 Jahre alt, wurde mir von Dr. C. C. PRICE hierselbst überwiesen. Die Erkrankung folgte auf eine Kratzwunde des linken Fufses, welche beim Schwimmen akquiriert wurde, und das Gebiet der primären ekzematoiden Dermatitis war an der Innenfläche des Spannes

linkerseits lokalisiert. Bald nachher trat eine zweite circumscripte Ansammlung von Bläschen und Pusteln dicht unterhalb des Knies hervor, und acht Tage später entwickelte sich eine analoge Läsion an der rechten Hand.

Histopathologie.

Trotzdem die Patienten in verschiedenen Stadien der Erkrankung zur Beobachtung gelangten, bot das in jedem Falle nach den gleichen Methoden untersuchte Material der Biopsie bei allen drei ein den wesentlichen Momenten nach ganz übereinstimmendes Bild. Das Resultat kann also in einheitlicher Zusammenfassung wiedergegeben werden.

Zu Laboratoriumszwecken wurde Gewebe vom Rande der Läsion auf der Innenseite des affizierten Fuſses beim Falle I entnommen; beim Falle II vom Vorderarm und beim Falle III vom Spann. Die exzidierten Gewebestückchen wurden in einer 4%igen wässerigen Formalinlösung gehärtet, in Kolloidin eingebettet und mit den üblichen Färbemitteln gefärbt.

Der destruirende Prozeſs war auf die unteren Schichten des Stratum corneum beschränkt. In der Stachelzellenschicht war ein erhebliches Ödem nebst geringer Akanthose zu konstatieren. Die oberen Schichten des Stratum corneum waren ausgefasert und aufgelöst, wobei in den Maschen der so entstandenen Fransen zahlreiche zerfallene Leukocyten und Epithelzellen nebst etwas Fibrin zu sehen waren. Abgesehen von dem Ödem und einer geringen Zunahme an Dicke war die Stachelzellenschicht nur wenig verändert. Bei den nach Gram-Weigert gefärbten Schnitten fand sich hier und da in den obersten Lagen eine kleine Anhäufung von Staphylokokken, aber Abscesse waren nicht zu erkennen. Im Stratum corneum, namentlich in dem gerade oberhalb des Stratum lucidum gelegenen Teile waren zahlreiche Kokkenhaufen vorhanden. Die Papillen waren einigermaſsen geschwollen, und die interpapillären Gefäſse zeigten etwas perivaskuläre Infiltration. Mastzellen und auch Riesenzellen waren nirgends zu sehen, und das elastische Gewebe erschien vollständig intakt.

Bei der Dermatitis repens, die ja auch höchstwahrscheinlich auf den gelben oder weiſsen Staphylococcus zurückzuführen ist, sind die pathologischen Vorgänge keineswegs vollständig oder auch nur fast vollständig auf die obere Schichte des Stratum corneum beschränkt, sondern man findet dieselben durch die ganze Epidermis verstreut und am stärksten ausgesprochen in der Stachelzellenschicht. Die entzündlichen Veränderungen bestehen zum gröſsten Teil aus einem die Bestandteile dieser Partie ergreifenden Ödem nebst einer Reihe von Abscessen, welche ungefähr in der Mitte zwischen dem Stratum lucidum und dem Rete Malpighii lokalisiert sind.

In einigen Fällen sind die Ansammlungen von Eiterzellen scharf umschrieben, während an anderen Stellen der Prozeſs eine gröſsere Ausdehnung angenommen hat, und die Abscesse anstatt von minimalem Umfang mit scharf begrenzter Umwandung zu sein, ganz groſs sind und gelegentlich eine Verbindung durch enge Fisteln untereinander besitzen. Zuweilen bohrt sich der Eiter einen Gang nach oben hin und gelangt auf die freie Oberfläche durch Lockerung des höher gelegenen, mehr oder weniger undurchgängigen Stratum lucidum.

Bei denjenigen Fällen von Dermatitis repens, bei denen die Zeichen der Entzündung noch andauern an Stellen, welche ihrer verhornten Bedeckung verlustig gegangen sind, was Hallopeau als eines der differentialdiagnostischen Momente zwischen Acrodermatitis perstans und der Crockerschen Krankheit hingestellt hat, erkennt man immerhin bei sorgfältiger Untersuchung das Vorhandensein von zahlreichen minimalen Hohlräumen, die mit aufgelösten Leukocyten, Fibrin und gelegentlichen Häufchen von Staphylokokken angefüllt sind und eine Decke von zerfallenen Epidermiszellen und eingetrocknetem Eiter haben. Anfangs glaubte ich, daſs diese Dauerherde die Äuſserung einer tiefsitzenden Infektion der Haarfollikel darstellten, aber die Untersuchung von zwei exzidierten Läsionen ergab, daſs es sich um einfache Epidermisabscesse handelte, welche aus irgendeinem Grunde entweder nicht bis auf die Oberfläche hatten vordringen können oder nicht zur Resorption gelangt waren.

Schluſssätze.

Die infektiöse ekzematoide Dermatitis stellt einen deutlich charakterisierten klinischen und pathologisch-anatomischen Prozeſs dar und ist von der Gruppe der pustulösen Ekzeme, zu denen es bisher gerechnet wurde, endgültig abzusondern. Die Entstehung der Affektion ist sehr wahrscheinlich dem gelben oder weiſsen Staphylococcus zuzuschreiben.

In bezug auf die Histologie unterscheidet sich die infektiöse ekzematoide Dermatitis von der Dermatitis repens (mit welcher die sogenannte Acrodermatitis perstans von Hallopeau identisch ist) hauptsächlich durch die Lokalisation des entzündlichen Prozesses und die Verschiedenheit der beteiligten Hautgebilde. Bei der erstgenannten Krankheit beschränken sich die pathologischen Vorgänge fast ausschlieſslich auf denjenigen Teil des Stratum corneum, der über dem Stratum lucidum liegt, während bei der anderen Affektion die Infektion weiter in die Tiefe vorgedrungen ist, so daſs die Stachelzellenschicht den Hauptanprall der Attacke auszuhalten hat.

Der histologische Befund liefert eine sehr einleuchtende Erklärung für die Diversität der beiden Anomalien in bezug auf ihre Zugängigkeit therapeutischen Maſsnahmen gegenüber. Die infektiöse ekzematoide Haut-

entzündung läſst sich schon durch die einfacheren und milderen antiparasitären Präparate schnell bekämpfen, und eine regelrecht behandelte Attacke dauert selten länger als vierzehn Tage. Bei der Dermatitis repens hingegen bietet die Behandlung gewöhnlich sehr erhebliche Schwierigkeiten dar und trotz der energischsten Therapie bleibt das Leiden oft monatelang bestehen.

Eine zweckmäſsig angewandte Vaccinetherapie gewährt bei der Bekämpfung sowohl der infektiösen ekzematoiden Dermatitis als auch der Dermatitis repens ganz erheblichen Nutzen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Bad Salzschlirf.)

Tafelerklärung.

Fig. 1. Dermatitis infectiosa ekzematoides. Fall I.

Fig. 2. Dermatitis infectiosa ekzematoides. Fall III.

Fig. 3. Dermatitis infectiosa ekzematoides. Fall II.

Fig. 4. Dermatitis repens von elfwöchiger Dauer.

Fig. 5. Dermatitis repens von elfwöchiger Dauer.

Fig. 6. Dermatitis infectiosa ekzematoides. Man sieht die Auflockerung des Stratum corneum, das Ödem der Stachelzellenschicht und ein geringeres Ödem an den Papillen nebst einem gewissen Grad von Infiltration in der Umgebung der Gefäſse (SPENCER 1/4 Obj., kein Okular).

Fig. 7. Ein typischer Schnitt von einem Fall von Dermatitis repens von neunwöchiger Dauer. Das ganze Gebiet der exfoliierten Hornschicht ist hierbei nicht zur Darstellung gelangt (SPENCER 1/4 Obj., ohne Okular).

Fig. 8. Dermatitis repens. Man erkennt die Abscesse in der Stachelzellenschicht, die Hypertrophie der Papillen und die perivaskuläre Infiltration (SPENCER 1/4 Obj., ohne Okular).

Fig. 9. Dermatitis repens mit persistierenden sekundären Herden (SPENCER 1/4 Obj., ohne Okular).

Über den Einfluſs von Salvarsaninjektionen auf Lues mixta.

Von

Privatdozent Dr. med. VÖRNER-Leipzig.

An die Injektionen von Salvarsan hat man sich wie an diejenigen mit Merkurverbindungen gewöhnt. Es muſs zugestanden werden, daſs die Verwendung des neuen Mittels, insbesondere die intravenöse, in den meisten Fällen recht gut vertragen wird, so daſs man dieselbe zu den Therapieformen rechnen könnte, deren Applikation keine Berufsstörung nach sich zieht.

Der ideale Verlauf erfährt mitunter Störungen. Ihre Ursache erblickt man hauptsächlich im sogenannten Wasserfehler, d. h. in der Beschaffenheit des zur Lösung von Salvarsan benutzten destillierten und sterilisierten Wassers (mit und ohne Kochsalzzusatz), welches die Ekto- und Endotoxine vulgärer Keime enthält. Die Symptome bei solchen injizierten Patienten schwanken zwischen leichtem Unwohlsein bis zu schwerer toxischer, das Leben bedrohender Erkrankung. Ihr Verlauf ist gewöhnlich der, daſs sich zunächst, gewissermaſsen prodromal, Kongestionen nach dem Kopfe zeigen. Der Anfall selbst besteht in Erscheinungen von seiten des Herzens und des übrigen Gefäſsapparates (Schwäche, Stauungen, Erytheme), wobei es zum Kollaps kommen kann, verbunden mit solchen von seiten des Nervensystems (Muskelkrämpfe, Parästhesien, Bewuſstseinstrübung). Es folgen gewöhnlich Fieber, Schweiſsausbrüche, Erbrechen, Durchfälle, welche intensiv und langdauernd sein können. Andeutungen bis zu ausgesprochenen Symptomen finden sich bei allen Fällen, welche nicht völlig reaktionslos verlaufen. Auſser dem Wasserfehler spielt die Individualität des Patienten eine entscheidende Rolle beim Zustandekommen dieser Symptome. Denn man kann mehrere Patienten mit einer gemeinsam hergestellten Lösung in derselben Weise mit gleich groſser Dosis injizieren und nur einer von ihnen erkrankt.

Eine anscheinend harmlose toxische Wirkung kommt dem Salvarsan wohl unbestritten zu, nämlich die Erzeugung einer Hyperämie im Bereiche von Gewebspartien, welche unter dem Einflusse von Spirochäten stehen (HERXHEIMERS Reaktion). Diese Hyperämisierungen treten auch bei luetischen Veränderungen innerer Organe auf. Ihre Äuſserungen sind ebensowenig mit Sicherheit festgestellt, wie diejenigen einer reinen Salvarsanintoxikation überhaupt. In bezug auf das Folgende können wir demnach nur von einem Injektionseinfluſs sprechen und im speziellen von einem solchen

mit Lues mixta, wie ich die Anwesenheit der Spirochäte und eines anderen Keimes in dem gleichen Organteile (sei es manifest oder latent) bezeichnen möchte.

Vier Beobachtungen.

Zunächst kommt ein Student in Betracht, welcher sich wegen initialer Roseola eine intravenöse Injektion von 0,4 geben läfst. Er hat am Kopf einen schlecht verheilten Schmifs, welcher ziemlich geeitert hat. Einige Stunden nach der Injektion fängt die infizierte Wunde stark zu schmerzen an. Die Umgebung rötet sich und schwillt an, die Sekretion wird stärker, die Temperatur steigt auf 38,5° und mitunter noch höher. 48 Stunden lang kalte Kompressen lassen das Fieber verschwinden. Die entzündlichen Veränderungen gehen zurück.

Ein anderer Patient ist ein junger Kaufmann, welcher sich im vorigen Jahre die Lues holte. Beim Ausbruch des ersten Exanthems unterzieht er sich zunächst einer Schmierkur. Ende des Jahres zeigen sich Defluvium und eine ausgesprochene Angina. Eine Jodkur und dann acht Wochen lang fortgesetzte Injektionen mit Hydrargyrumsalicylat sind von geringem Nutzen. Eine intravenöse Salvarsaninjektion von 0,3 bringt die Symptome zum Schwinden. Ein Vierteljahr später Angina und Plaques, gegen welche er wiederum Merkur anwendet. Er bekommt eine ziemlich starke Stomatitis. Nachdem dieselbe sich etwas gebessert hat, läfst er sich eine zweite Injektion geben (0,4 intravenös). Bald danach fängt die Schleimhaut des Mundes, der Zunge und das Zahnfleisch heftig zu brennen und zu stechen an, was in der nächsten Zeit noch erheblich zunimmt. Gleichzeitig tritt eine starke Schwellung ein, so dafs der Kiefer nicht zu schliefsen ist und die Zunge zwischen den Zähnen hervorquillt. Aus den Mundwinkeln entleert sich übelriechender, reichlicher Speichel. Aufser etwas Fieber und Hitzegefühl im Kopf zeigt sich das Fehlen sonstiger Symptome. Nach 24 Stunden tritt Abflauen ein, der Kiefer wird etwas beweglicher, die starken Schmerzen lassen nach. Die Besserung ist anhaltend.

Es handelt sich bei diesen beiden Beobachtungen um eine der Injektion folgende akute Entzündung von chronisch-oberflächlicher Eiterung, in dem einen Fall um eine infizierte Wunde, im anderen um eine Stomatitis. Beide stehen unter dem Einflusse einer sekundären Lues, in beiden Fällen ist der lokale, eitrige Prozefs auch sichtbar mit spezifischen Effloreszenzen gemischt. Es ist naheliegend, anzunehmen, dafs die Injektion es ist, welche zu einer Hyperämisierung der betreffenden Gebiete führt. Die Eiterkeime, welche sich an diesen Stellen bereits in Elimination befinden, werden von neuem zur Proliferation angeregt und veranlassen das vorübergehende Auftreten heftiger akuter Symptome.

Noch interessanter ist der Verlauf bei einem Beamten, welcher sich vor zehn Jahren infizierte. Nachdem einem Schanker mixte eine Roseola folgte, unterzog er sich häufig Schmierkuren. Aus seiner Krankengeschichte ist als bemerkenswert hervorzuheben, dafs er an einer auf Lues zurückzuführenden Entzündung der Hoden gelitten hat, welche durch Merkur und Jod kuriert wurde, ferner, dafs er vor fünf Jahren mehrere Monate lang ulcerierende Gummen der Unterschenkel hatte, und schliefslich, dafs er vor zwei Jahren eine akute Gonorrhoe mit rechtsseitiger Epididymitis durchmachte. Anfangs dieses Jahres läfst er sein Blut untersuchen. Da die Wassermannsche

Reaktion positiv ausfällt, läfst er sich Salvarsan 0,3 intravenös injizieren, ohne irgendwelche Beschwerden zu bekommen, mit Ausnahme eines unbedeutenden Ziehens im rechten Nebenhoden. Trotzdem WASSERMANN darnach negativ ist, läfst er nach einigen Wochen eine zweite intravenöse Injektion vornehmen (0,42). Zunächst geht alles gut, aber nach reichlich 24 Stunden fängt der früher affiziert gewesene rechte Hoden und Nebenhoden an zu schmerzen und zu schwellen. Die Symptome nehmen noch zu, die Organe fühlen sich heifs an und sind ums Doppelte vergröfsert und gespannt. Durch eine Probepunktion gewonnenes Serum erweist sich gonokokkenhaltig. Kalte Umschläge, Sitzbäder usw. bringen die Symptome allmählich, aber vollkommen zurück.

Bei diesem Patienten schliefst sich an eine wiederholte Salvarsaninjektion die Inflammation eines älteren gonorrhoischen, anscheinend abgelaufenen Prozesses in einem Organ, welches früher gleichfalls luetisch infiziert war. Bei der ersten Injektion scheint nur eine vorübergehende Reizung stattgefunden zu haben. Als Ursache derselben haben wir auch hier an eine zeitweilige Hyperämisierung des Organs zu denken, welche zur Virulenzerhöhung von Gonokokken führen konnte. Die nach einigen Wochen vorgenommene zweite Injektion gab den Gonokokken Gelegenheit, sich im neuerdings hyperämisierten Gewebe fortzuentwickeln und auf diese Weise die Symptome der Epididymitis und Orchitis zu veranlassen.

Der letzte Fall betrifft einen Tabiker, welcher sich vor fast 20 Jahren infiziert hatte. Nach seiner Aussage hat er sich in üblicher Weise mit Merkur und Jod behandeln lassen. Vor etwa zehn Jahren werden die ersten Zeichen von Tabes bemerkt; in den letzten Jahren treten namentlich Krisen von seiten des Magens und Darmes auf. Da dieselben allmählich zunehmen und eine Besserung ausbleibt, so verlangt er eine intensive Salvarsankur. Als er sich vorstellt, erweckt er den Eindruck eines in seinem Ernährungszustand beträchtlich reduzierten Mannes. Er ist ziemlich grofs, das Fettpolster ist dünn, die Haut schlaff, die Muskeln schwach und weich. Von Symptomen der Tabes sind Differenz und Starrheit der Pupillen, ROMBERGsches Phänomen und am Rücken und den Unterschenkeln analgetische Zonen vorhanden. Sonst ist das Verhalten der Nerven, namentlich der des Kopfes, durchaus entsprechend. Der Intellekt ist intakt. Herz und Lunge lassen nichts Verdächtiges wahrnehmen. Bei der Dünne und Schlaffheit der Bauchdecke sind Leber- und Milzrand gut fühlbar. Haut und Schleimhäute sind etwas blafs, im übrigen aber normal. Zur Injektion wird 0,6 Salvarsan intravenös verwendet. Die Temperatur vor derselben beträgt 36,8, der Puls 100 (Emotion). Eine halbe Stunde später beginnt Schüttelfrost ohne Veränderung der Temperatur- und Pulszahl. Die Muskelzuckungen halten etwa eine halbe Stunde an, beim Nachlassen derselben steigt die Temperatur rasch auf 38,9, der Puls auf 120, ist aber kräftig. Dann tritt Kopfschmerz auf, später Erbrechen, welches mit Unterbrechungen in der nächsten Zeit den Patienten sehr mitnimmt. Er ist gezwungen, wegen Erschöpfung sich zu Bett zu legen. Am folgenden Tage nimmt das Brechen ab, aber in der ersten Woche ist der Patient sehr matt, schläft schlecht, angeblich überhaupt nicht, hat keinen Appetit, gerötete Wangen, an Stelle des Erbrechens stellt sich gelegentlich Brechreiz ein. Der Urin enthält die erste Zeit 1 °/oo Eiweifs. Die früh normale Temperatur ist abends regelmäfsig auf etwa 38 gestiegen. Vom sechsten Tage an lassen die Erscheinungen nach, der Patient fühlt sich wohler, in der Mitte der zweiten Woche nimmt vorübergehend die Mattigkeit wieder etwas zu, ebenso der schlechte Schlaf, und gleichzeitig klagt der Kranke über eine gewisse Völle im Leib. Vom Ende der

zweiten Woche an tritt ein ziemliches Wohlbefinden ein, so dafs der Kranke das Bett verlassen kann. Mit Beginn der vierten Woche tritt eine auffallende Verschlechterung des Zustandes ein. Der Kranke mufs dauernd ins Bett, neuerliches Auftreten abendlicher Temperaturen, Brechreiz, Übelkeit, Drängen im After, Druckempfindlichkeit, Spannung und Schmerzen im Leib, dünne und häufige Durchfälle. In den nächsten Wochen halten die Symptome an. Der Leberrand ist drei Finger breit unter dem Rippenbogen fühlbar und ebenso ist eine Vergröfserung der Milz konstatierbar. Der Patient verfällt sichtlich, Nahrung wird nicht mehr verlangt, schliefslich nur widerstrebend genommen. Der Kranke ist matt, schlafsüchtig und mehr und mehr benommen. Unter zunehmender Erschöpfung tritt der Exitus ein. Die Sektion ergibt auf dem gesamten Peritoneum die Anwesenheit zahlreicher zerstreuter, grauer, kleiner Knötchen. Sie finden sich auch im Gewebe der Leber, der Milz und des Darmes. Die mediastinalen Lymphdrüsen sind untereinander und mit der Pleura stark verwachsen und vergröfsert. Auf Durchschnitten stöfst man auf kleine Erweichungsherde. Die histologische Untersuchung läfst die Veränderungen als Tuberkel erkennen.

Der Verlauf dieser Injektionserkrankung setzt sich aus mehreren Phasen zusammen. Am ersten Tage bemerken wir hohe Temperaturen, Pulsbeschleunigung, Schüttelfrost und Kollapszustände, Erscheinungen, wie sie auch sonst bekannt sind und welche wir dem Wasserfehler zuschreiben. Indessen weniger entspricht dem das spätere Verhalten, wie es der Patient in der ersten bis zweiten Woche gezeigt. Die allgemeinen Symptome der Mattigkeit, Schaflosigkeit, die Rötung der Wangen, die abendlichen Temperatursteigerungen lassen auf einen hektischen Zustand schliefsen. In der vierten Woche entwickeln sich dann die Symptome der Miliartuberkulose, an welchen der Patient zugrunde geht. In Analogie zu den vorerwähnten Beobachtungen möchte man annehmen, dafs die alte Veränderung der Mediastinaldrüsen sich aus einer Konkurrenz der Lues und Tuberkulose gebildet haben. Werden doch diese Drüsen von beiden Affektionen aufserordentlich häufig und hartnäckig ergriffen. Auch hier liegt die Vermutung nahe, dafs die Injektion diese Organe hyperämisierte und damit den latenten Keimen der Tuberkulose die Möglichkeit zur Aussaat gegeben hat.

Will man in diesen Beobachtungen nicht blofse Zufälligkeiten erblicken, so kann man zunächst an Ursachen denken, wie sie schon gelegentlich bei anderen hervorgehoben sind. Indessen die Menge des Salvarsans an sich, eine Summation bei Wiederholung oder blofse Idiosynkrasie gegen das Medikament, sind nicht imstande, gerade die beschriebenen Symptome zu erklären. Auch der Wasserfehler ist schwerlich als alleinige Ursache anzunehmen, um so mehr, als in den ersten drei Fällen die gewöhnlichen Symptome desselben so gut wie fehlten, andererseits aber ist die Einwirkung des Wasserfehlers auf bestimmte Organveränderungen noch unbekannt.

Wichtig ist die Frage, ob sich derartige Therapieerkrankungen vermeiden lassen. Sie ist für den ersten und zweiten Fall ohne weiteres zu

bejahen, da die Beseitigung der lokalen Affektionen vor der Injektion leicht zu erreichen ist. Auch im dritten Falle konnte die Anamnese bestimmte Direktiven geben. Man konnte es mit einer Injektion bewenden lassen oder wenigstens die zweite schwächer nehmen, anstatt zu erhöhen. Im letzten Falle liegen die Verhältnisse am schwierigsten. Die genaue Untersuchung liefs nichts Verdächtiges erkennen. Hier aber konnte der Wasserfehler vermieden und die Dosis geringer gewählt werden. Nur möchte ich hinzufügen, dafs es sich hier um einen der ersten Patienten aus dem Herbst 1910 handelte, einer Zeit, in welcher weder vom Verhalten des destillierten Wassers noch von der Empfindlichkeit der Tabiker etwas bekannt geworden war.

Schliefslich möchte ich noch erwähnen, dafs diese Krankenberichte auf beachtenswerte Vorgänge hinweisen. Es handelt sich um das Einbringen eines spezifisch wirkenden Körpers in die Blutbahn und seine Wirkung auf Organe, welche von zwei Infektionserregern verändert sind. In unseren Fällen handelt es sich um den Keim der Lues einerseits, den Staphylococcus, Gonococcus oder Tuberkelbacillus andererseits. Ein direkt ungünstiger Einflufs der Injektion auf derartige Bakterien ist wohl auszuschliefsen, weil hierfür gar keine Anhaltspunkte existieren. Wir haben vielmehr an einen indirekten und komplizierteren Vorgang zu denken. Es ist triftiger Grund zur Annahme vorhanden, dafs die Salvarsaninjektionen individuell eine Empfindlichkeit gegen Bakterientoxine teils hervorrufen, teils, soweit sie vorhanden, steigern. Diese allgemeine Wirkung und die lokalen Veränderungen im luetischen Produkte selbst sind es, welche einen symbiotischen latenten Keim manifest werden lassen. Diese Tatsache, auf welche ich mehr Wert als auf die blofse kasuistische Mitteilung von irregulären Injektionsfällen legen möchte, verdient namentlich für die Therapie wohl weitere Beachtung.

Antwort auf die „Bemerkungen“ von Professor A. I. POSPELOW in Band 53, Nr. 6, zu meiner Arbeit: „Zur Frage der Blasensyphilide bei Erwachsenen. Ein Fall von Syphilis bullosa (Pemphigus syphiliticus) adultorum“, in Band 53, Nr. 1.

Von

Privatdozent Dr. P. PAWLOFF.

Ad 1. Ich bleibe bei meiner früheren Meinung über die Diagnose meines Falles von Pemphigus syphiliticus adultorum, da Herr Professor POSPELOW keine Beweise weder für die Widerlegung meiner Diagnose noch zugunsten seiner neuen Diagnose (Syphilis cutanea papulo-pustulosa vegetans) meines Falles gab. Dabei macht Herr Professor POSPELOW in seinen „Bemerkungen“ eine unrichtige Mitteilung über die Ereignisse in der am 12. April 1909 abgehaltenen Sitzung der Moskauer Venerologischen und Dermatologischen Gesellschaft. Während der genannten Sitzung diagnoscierte er meinen Fall als Syphilis cutanea papulosa cornea vegetans[1] und nicht als Syphilis cutanea papulo-pustulosa vegetans, wie er jetzt in seinen „Bemerkungen“ schreibt.

Ad 2. Ebenfalls unrichtig ist die andere Behauptung von Herrn Professor POSPELOW, daſs ich in der genannten Sitzung der Moskauer Venerologischen und Dermatologischen Gesellschaft keine anderen mikroskopischen Präparate auſser einem Ausstrichpräparat von Spirochaeta pallida demonstriert habe. In der Tat geschah es anders. Ich legte kein einziges Ausstrichpräparat von Spirochaeta pallida dar, und konnte es auch deswegen nicht tun, da ich keine solche Präparate im Besitze hatte, wie es auch aus meinem erwähnten Artikel (Seite 16, Zeile 7 von oben) ersichtlich ist. In der genannten Sitzung demonstrierte ich vielmehr zwei mikroskopische Präparate: das eine mit den pathologisch-anatomischen Veränderungen, welches bei meinem Artikel als Phototypie wiedergegeben ist, und das andere — mit der Spirochaeta pallida in Schnitten nach LEVADITI gefärbt, was auch in den Referaten über die genannte Sitzung erwähnt wird.[2]

---

[1] *Praktitscheski Wratsch.* 1909. Nr. 21; *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1909. Bd. 48, S. 552; *Russ. Journ. f. Haut- u. ven. Krankh.* 1909. Bd. XVIII, S. 233.

[2] Ibidem.

Ad. 3. Indem ich hier keine Möglichkeit sehe, die nach den Worten von Professor Pospelow, „sehr ernsten“ Widerlegungen zu besprechen, welche mir auf dem XI. Pirogroffkongrefs in St. Petersburg entgegengebracht wurden, möchte ich doch bemerken, dafs die damalige Diagnose meines Falles von Professor Pospelow: Syphilis cutanea papulosa cornea vegetans, von niemand, aufser von Dr. J. N. Sokoloff, dem früheren Assistenten der Klinik von Professor Pospelow, verteidigt wurde.

Versammlungen.

79. Jahresversammlung der British Medical Association, Section of Dermatology.

Birmingham 26.—27. Juli 1911.

(*Brit. med. Journ.* 7. Okt. 1911.)

Eine Diskussion über vaskuläre Hauterkrankungen und deren Beziehungen zu anderen pathologischen Prozessen, von F. Colcott Fox. Redner gibt eine übersichtliche Schilderung des gesamten hier in Frage stehenden Gebietes, wobei er mit den Erythemen beginnt und die zahlreichen, bei denselben wirksamen ursächlichen Momente aufzählt: spezifische Infektionen, nicht spezifische Infektionen wie Rheumatismus, Influenza, Blennorrhoe usw., ferner die septikämischen und pyämischen Intoxikationen, Toxinwirkungen aus lokalen Quellen wie Angina, Stomatitis aphthosa usw., des weiteren toxische aus der Nahrung stammende Ptomaine (so in der Milch von Kühen mit kranken Eutern), Medikamente wie Belladonna, Chinin und Fibrolysin, sodann Klystiere, akute Colitis membranacea und die verschiedenen Sera und Vaccinen. Auf das Erythema exsudativum multiforme und auf Purpura geht Redner ziemlich ausführlich ein. Zum Schlufs bespricht er den Lupus erythematosus und legt die von verschiedenen Autoren beigebrachten Beobachtungen für und gegen die Annahme eines tuberkulösen Ursprungs dieser Affektion dar.

M. Morris teilt aus praktischen Gründen klinisch die Erytheme ein in kurzdauernde und langdauernde. Er berichtet über einen Patienten mit Erythema iris mit Übergang in eine Dermatitis vom Typus der Pityriasis rubra. Bei der bald darauf möglich gewordenen Autopsie wurde eine grofse weifse Niere gefunden.

A. Eddowes teilt einige interessante klinische Beobachtungen mit.

L. Roberts unterscheidet drei Gruppen: 1. die angioneurotischen Ödeme und Erytheme, 2. die zur Atrophie der perivaskulären Gewebe führenden vaskulären Abnormitäten und 3. die zu Hauthämorrhagien führenden Gefäfsstörungen. Lupus erythematosus erklärt er als eine Toxämie in Verbindung mit funktionellen oder auch organischen Störungen im Lymphdrüsensystem.

J. H. Sequeira schildert vier Fälle von akutem Lupus erythematosus, von denen drei tödlich endeten. Er findet die Bezeichnung Lupus für dieses Leiden höchst unglücklich. Dafs Tuberkulose nicht als ätiologischer Faktor hierbei wirksam ist, lasse sich zurzeit noch nicht beweisen; doch ist seiner Meinung nach die wirkliche Ursache ein vom Darm ausgehendes Toxin von noch unbekannter Art.

Ein ungewöhnlicher Fall von Hautpigmentierung, von G. H. Lancashire-Manchester. Eine 31jährige unverheiratete Dame von brünettem Typus bot am Halse

sowie auf der Schulter und Brust der einen Seite eine Aussaat von ziemlich dunklen, wie Sommersprossen aussehenden Pigmentflecken dar. Sie hatte als Kind schon einen gröſseren Pigmentfleck gehabt, welcher aber nach Behandlung blasser und stationär geworden war. Die weitere Entwicklung der abnormen Pigmentansammlung schloſs sich ganz präzis an Attacken von intensivster Neuralgie am Halse und an der Brust an, und nach der erfolgreichen medikamentösen Behandlung der Schmerzen sind auch die Verfärbungen blasser und undeutlicher geworden.

Einige praktische Bemerkungen zur Behandlung des Ekzems, von G. G. S. Stopford-Taylor-Liverpool. Verfasser glaubt, daſs sehr viele Miſserfolge bei der Behandlung von Ekzemfällen darauf zurückzuführen sind, daſs die Technik der Anwendung von sonst zweckmäſsigen Mitteln mangelhaft ist. Er verwendet seit Jahren folgenden Verband: ein Stück Lint von passender Gröſse wird in Wasser getaucht und dann fast trocken ausgedrückt. Die glatte Seite wird mit Salbe (mit Vorliebe Lassarsche Paste) bestrichen, und die aufgetragene Salbe wird mit einem Stück feines Leinen oder Mull bedeckt. Das Zwischenschieben der Mullschichte zwischen Salbe und Ekzemfläche erleichtert die spätere Entfernung des Verbandes ganz wesentlich. Wenn es sich darum handelt, infiltrierte Gebiete zu erweichen, wird der Salbenverband noch mit Guttaperchapapier bedeckt; sonst genügt die Umwicklung mit Mullbinden. Bei akuten Fällen wird der Verband zweimal täglich erneuert, bei chronischen zweimal wöchentlich. Man soll nie den alten Verband abnehmen, ehe man einen frischen zum sofortigen Auflegen vorbereitet hat, weil der Luftzutritt stets einen starken Reiz zum Jucken bedingt. Bei alten, verrukös gewordenen Ekzemen ist die Behandlung mit Kohlensäureschnee ein unvergleichliches Mittel.

Gewisse durch Entartung der Blutgefäſse bedingte Hautaffektionen, von J. Galloway-London. Abgesehen von der senilen Gangrän und der bei Diabetikern, Gichtikern und Syphiliskranken zu beobachtenden Gangrän bespricht G. besonders die von Buerger in New York und P. Weber in London bearbeitete Nekrose, die als Thrombo-Angiitis obliterans bekannt ist, sowie die Raynaudsche Krankheit, Dermatitis repens, das „gichtische" Ekzem usw. Namentlich verbreitete er sich über die mit cutanen Teleangiektasien in Verbindung stehenden Erkrankungen innerer Organe.

Ein Fall von Pruritis vulvae, von J. G. Tomkinson-Glasgow. Bei einer 47jährigen Frau mit intensivem, seit acht Monaten erfolglos behandeltem Pruritus vulvae erzielte T. einen vorzüglichen Erfolg durch schwache Bestrahlungen mit Röntgenstrahlen. Schon nach der ersten, noch mehr nach der zweiten Sitzung trat Besserung ein. Im ganzen wurden fünf Sitzungen gegeben.

Kombinierte Sitzung der dermatologischen Sektion mit der Sektion für Therapeutik.

(*Brit. med. Journ.* 23. Sept. 1911.)

Die neuerlichen Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Syphilis, von J. E. Lane-London. In klarer, nüchterner Weise setzt L. auseinander, daſs er die intravenöse Darreichung von Salvarsan mit nachfolgender merkurieller Behandlung für die wirksamste Methode der Syphilistherapie ansieht; er warnt aber dringend vor einem leichtfertigen Gebrauch des neuen Mittels, das nur nach gründlicher Ausbildung in der Technik und allen sonstigen Einzelheiten vom Arzte angewandt werden sollte. Auch in London sind plötzliche Todesfälle nach der Injektion vorgekommen, von denen zwei sich in der Praxis des Redners ereigneten. Wenn er auch den unglücklichen Ausgang mehr der Schwere der Erkrankung als der toxischen Wirkung des Salvarsans zuschreiben zu dürfen glaubt, so darf man doch nicht achtlos daran vorbeigehen.

J. E. R. McDonagh bespricht seine Erfahrungen mit Salvarsan, welche im allgemeinen mit denen von deutschen Autoren übereinstimmen. Unter anderem sagte er: seit einiger Zeit habe ich es zur Regel gemacht, auf die erste Injektion gleich eine merkurielle Behandlung oder auch schon 14 Tage nach der ersten eine zweite Einspritzung folgen zu lassen; in der Zeit als ich diese Regel noch nicht befolgte, erlebte ich einen Fall von einseitiger optischer Neuritis und einen von einseitiger Affektion des Akusticus an dessen vestibulärem und kochlearen Teile: unter weiterer Behandlung besserten sich beide Patienten. Bei der späteren, energischeren Behandlungsweise ist mir kein solcher Zwischenfall wieder begegnet.

Schuster-Aachen erwähnt die von Westphal und Treupel beobachteten Todesfälle bei Tabes nach Salvarsan und verlangt gröfsere Exaktheit in der Behandlung der Lues, sei es mit Salvarsan oder mit den alten Mitteln.

Eine Übersicht über Resultate der Salvarsanbehandlung der Syphilis, von T. W. Gibbard und L. W. Harrison. Verfasser bringen ausführliche Tabellen über die Ergebnisse bei 129 Fällen mit genauer Berücksichtigung der Wassermannschen Reaktion.

Die Rolle des Pathologen bei der Diagnose und Therapie der Syphilis, von L. W. Harrison. Bei der Untersuchung von 202 syphilitischen Geschwüren hat H. 152 mal die Diagnose durch den Nachweis von Spirochäten im Dunkelfeld sichern können; von den restierenden 50 Fällen waren 40 vor der Untersuchung schon mit antiseptischen Mitteln behandelt worden, was jedenfalls einen Teil der Mifserfolge erklärt. Unter den positiven Fällen waren mehrere, bei denen aus dem klinischen Befund allein eine bestimmte Diagnose auch von erfahrenen Syphilidologen, die befragt wurden, nicht als möglich erklärt wurde. Ferner hat H. gröfsere Serien mit der Wassermannschen und der Sternschen Reaktion geprüft. Letztere Modifikation hat er etwas sensibler noch gefunden als die ursprüngliche Vorschrift; Irrtümer sind aber nicht ausgeschlossen, indem er bei 2% seiner Untersuchungen an normalen Fällen ein positives Resultat erhielt. Beim Vergleichen der Salvarsanbehandlung mit der Injektion von Oleum cinereum nach der serologischen Reaktion konstatierte Verfasser zweifellos eine schnellere Wirkung der ersteren Therapie.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911. Heft 9.

1. **Zur Differentialdiagnose zwischen Reinfectio syphilitica und skleroseähnlichen Papeln,** von Rudolf Müller-Wien. Nach Ansicht M.s fehlt der von Thalmann aufgestellten und von Frieboes (*Derm. Zeitschr.* 1911, Heft 6) angenommenen Hypothese des „Solitärsekundäraffektes", an den sich, wie an den Primäraffekt Sekundärerscheinungen anschliefsen sollen, jede reelle Grundlage. Es ist bekannt, dafs in seltenen Fällen papulöse Effloreszenzen des Sekundärstadiums klinische Merkmale aufweisen, wie wir sie sonst nur bei Sklerosen zu sehen gewöhnt sind; aber es sind das eben doch nur sekundärsyphilitische Papeln, die durch Zunahme des Infiltrats sklerosenähnliche Beschaffenheit angenommen haben. Um solche „schankriforme" Papeln handelte es sich auch in den von Frieboes beschriebenen vier Fällen; den Gedanken an eine Reinfektion konnten sie überhaupt nicht aufkommen lassen, während Frieboes

meint, dafs sie sich von manchen als Reinfektion gedeuteten Fällen kaum unterschieden. — Eine Reinfektion darf nur dann angenommen werden, wenn der Patient sicher Lues durchgemacht hat, die Efflorenszenz klinisch einer Sklerose entspricht, typische regionäre Drüsenschwellung sich ausbildet und nach gewohnter Inkubationszeit typische Sekundärerscheinungen sich einstellen; wenn zudem die Wassermannsche Reaktion zur Zeit des Auftretens der Sklerose negativ ist, um dann allmählich positiv zu werden, dann ist nicht mehr daran zu zweifeln, dafs eine Reinfektion vorliegt. Den zuerst genannten vier Bedingungen entsprach der von Finger in seiner „Studie über Immunität und Reinfektion" mitgeteilte Fall.

2. **Das Achorion violaceum, ein bisher unbekannter Favuspilz**, von Bruno Bloch-Basel. Bl. hat in vier Fällen von Dermatomykosen einen Pilz gefunden, der dem ganzen Bau, der Entwicklung und Fortpflanzung nach unzweifelhaft eine der Familie der Trichophyton-, Achorion- und Mikrosporongruppe zugehörige Hyphomycete ist, sich aber durch besondere, nur ihm zugehörige Eigenschaften — die Eigenart des von ihm erzeugten klinischen Krankheitsbildes und die Morphologie und Biologie seiner Reinkulturen — von allen anderen bis jetzt bekannten Hyphomycetenarten unterscheidet. Der Pilz verursacht, wie die beobachteten vier Fälle und experimentelle Übertragungen auf einen Menschen und auf Meerschweinchen und Ratten zeigten, auf der glatten Haut des Menschen und bei Tieren teils rein oder doch vorwiegend favöse Herde mit typischen Skutulis — diese Form besonders bei Tieren —, teils Mischformen von Trichophytie und Favus, teils reine Trichophytien (oberflächlichen Herpes tonsurans vesiculosus und sqamosus und tiefe kerionartige Herde). Klinisch steht der Pilz dennoch dem Achorion Quinckeanum nahe, das ebenfalls auf der glatten Haut des Menschen rein trichophytoide Herde und Mischformen von Favus und Trichophytie, bei Tieren vorzugsweise favöse Bildungen und Invasion der Haare hervorruft. — Der Pilz, der sich aus den spontan entstandenen, wie aus den experimentell erzeugten Läsionen mit Leichtigkeit in grofser Menge und in Reinkultur züchten läfst, wächst im ganzen ziemlich langsam und spärlich; üppigeres Wachstum kommt nur den Flaummodifikationen zu. Er bevorzugt gleich dem Achorion Schönleini kohlehydratfreie Nährböden. Die Färbung der Kulturen wechselt von dunkelbraunviolett (in den jungen Kulturen und den zentralen Partien der älteren) bis zu hellila und braun; stets sind die älteren Teile dunkler gefärbt als die jüngeren. Die Kulturen bleiben meist lange Zeit (besonders auf kohlehydratfreien Nährböden) relativ flache, nackte oder spärlich beflaumte Scheiben. Das Zentrum dieser Scheiben ist stärker erhaben, von unregelmäfsig warziger und höckeriger Gestalt, die Peripherie wird gebildet durch eine Rosette aus immer mehr kompakten, derberen, nach der Peripherie zu allmählich, oft besenreiserartig sich auflösenden, immer freier werdenden Strahlen. Die Flaumbildung setzt ganz unvermittelt, bald da, bald dort, und zu verschiedenen Zeiten (nach zwei Wochen bis zwei Monaten und später) und auch auf Nährböden von derselben Zusammensetzung in verschiedener Stärke und Ausdehnung ein; im allgemeinen ist sie stärker ausgeprägt auf kohlehydrathaltigen Nährsubstanzen, die überhaupt weniger charakteristische, aus wellig aufgeworfenen, dicht beflaumten Pilzmembranen bestehende Kulturen liefern. Die mikroskopische Struktur des Pilzes weist keine wesentlichen Unterschiede vom allgemeinen Typus der pathogenen Hyphomyceten auf; zu vermerken ist nur das Auftreten eigentümlicher, grofser, blasiger, septierter, runder Zellleiber in ganz jungen Kulturen und die frühe Bildung eines scholligen, körnigen, diffusen oder kristallinischen, intra- oder extrazellulären violetten Farbstoffes. — Zur Bezeichnung des Pilzes, der eine neue, die vierte bis jetzt bekannte, menschenpathogene Achorionart darstellt, schlägt Bl. den Namen „Achorion violaceum" vor.

Zwei von den beobachteten vier Dermatomykosenfällen stammten aus dem

gleichen Hause; in diesem wurden zahlreiche Mäuse mit zerfressenen, tiefen Wunden und borkigen Auflagerungen gefangen. Es gelang BL. festzustellen, dafs es sich dabei um Scutula handelte, aus denen sich der geschilderte Pilz in Reinkultur züchten liefs; damit war wenigstens für zwei Fälle der strikte Beweis geliefert, dafs das Achorion violaceum von favuskranken Mäusen auf die Menschen übertragen worden ist.

3. **Familiär auftretende, rezidivierende Schleimhautulceration im Mund und Rachen,** von JAMES STRANDBERG-Stockholm. STR. berichtet über rezidivierende Schleimhautgeschwüre in Mund und Rachen bei vier Mitgliedern einer Familie. Bei dem am stärksten befallenen Manne traten einige Monate nach der Untersuchung durch STR. Schmerzen in den Fersen und Schwellung und Druckempfindlichkeit in der Gegend der Achillessehne, eine leichte Entzündung des linken Handgelenks und schliefslich am Scrotum eine schmerzende Wunde auf, die das gleiche Aussehen hatte wie die Geschwüre im Munde.

Fälle von familiär auftretenden, rezidivierenden Ulcerationen der Mund- und Rachenschleimhaut sind bis jetzt nur vereinzelt beschrieben worden. Aus den bisherigen Beobachtungen ergibt sich, dafs in der Schleimhaut zuerst stecknadelkopfgrofse Knötchen auftraten, die im Verlaufe von zwei Tagen bis zu Erbsengröfse anwuchsen und sich dann zu gelblichgrauen, scharfrandigen, verschieden grofsen Geschwüren umwandeln; der bei den gröfseren Geschwüren zuweilen polycyklische Rand ist rot und infiltriert. Die Ulcerationen heilen sehr langsam mit Hinterlassung von Narben. Manchmal treten Sekundärinfektionen hinzu, die Drüsenschwellung, Foetor ex ore und Temperatursteigerung zur Folge haben können. Die Geschwüre, besonders die auf der Zunge lokalisierten, verursachen starke Schmerzen und erschweren die Nahrungsaufnahme, aufserdem leiden die Patienten an Salivation. Charakteristisch ist aufser dem familiären Auftreten der rezidivierende Verlauf der Ulcerationen; in schweren Fällen können nahezu ununterbrochen Geschwüre entstehen. Spezifische Mikroorganismen wurden bis jetzt nicht gefunden; die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab das Bild einer banalen Entzündung ohne irgendwelches Charakteristikum. In den meisten Fällen war nervöse Belastung nachzuweisen; die Autoren nehmen deshalb zum gröfsten Teil einen Zusammenhang der Affektion mit Störung des Nervensystems an. JACOBI und LIBLEY fassen die Krankheit, die erst mit dem Pubertätsalter einzusetzen scheint, als „Trichoneurose", LÖBLOWITZ als „angioneurotische Entzündung" im Sinne KREIBICHS auf. Differentialdiagnostisch kommt in leichteren Fällen Stomatitis aphthosa, in schwereren mit tiefer greifenden Ulcerationen tertiär-syphilitische Geschwürsbildung und besonders Angina Vincenti in Betracht. Die Prognose ist quoad vitam anscheinend gut; doch ist es nicht ausgeschlossen, dafs Sekundäraffektionen auch einmal zum Tode führen können. — Lokale Behandlung gleichviel welcher Art hat bis jetzt vollständig versagt; vielleicht läfst sich durch roborierende Allgemeinbehandlung, Kaltwasserkuren, Entfernung aus der gewohnten Umgebung und aus der Berufstätigkeit, Aufenthalt im Gebirge usw. etwas erreichen. — JACOBI und nach ihm englische Autoren und LÖBLOWITZ haben die Affektion als Ulcus neuroticum oris, LÖBLOWITZ aufserdem als Ulcus aphthosum chronicum, FRESE als Stomato-Pharyngitis disseminata bezeichnet. *Götz-München.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XV, Heft 1. Oktober 1911.

1. **Ein weiterer Beitrag zur Forschung über das spitze extragenitale Kondylom,** von F. SPRECHER-Genua. Ein Fall von sogenannten spitzen Kondylomen, die am Munde eines eingefleischten, hartnäckigen Rauchers entstanden, als das chemisch-

mechanische Trauma des Rauchens heftiger als zuvor geworden war. Das klinische Aussehen der besonders im rechten Mundwinkel sich findenden Veränderungen und die histologische Untersuchung ergaben unzweifelhaft die Richtigkeit der Diagnose. Der Verfasser hebt die Bedeutung des Traumas hervor: Die Lippe des Patienten erkrankte trotz des hartnäckigen Rauchens nicht, so lange er die oberen Vorderzähne besafs; als er diese verloren, trat die Erkrankung auf, da er sich fast ausschliefslich zum Halten der Pfeife der Lippen bedienen mufste, und die Papillome breiteten sich nicht sofort über die Lippen aus, sondern allmählich und zwar an den Stellen, an denen der Druck der Pfeife sich langsam geltend machte.

2. **Alopecie im Anschlufs an operative Nervenverletzung,** von G. Trautmann-München. Zwei Fälle von Alopecie, welche im Anschlufs an operativen Eingriff im Trigeminusgebiet entstanden sind. Im ersten Falle handelt es sich um eine 43jährige Stickerin, welche von habituellen Kopfschmerzen auf Grund von chronischen Eiterprozessen fast sämtlicher Nasennebenhöhlen geplagt wurde und der das vereiterte Siebbeinlabyrinth ausgeräumt und die Keilbeinhöhle ausgekratzt wurde. Einige Wochen danach bildeten sich in rapider Weise zwei grofse rundliche Alopeciescheiben auf dem Hinterkopf aus, mit vollkommen haarloser und glatter Haut Nach einem Vierteljahr waren sämtliche Haare nachgewachsen. Im zweiten Falle wurde einem 28jährigen Photographen die linke Stirnhöhle ausgemeifselt und ein mehrere Centimeter langes Stück des linken Nervus supraorbitalis extrahiert. Am nächsten Morgen war der ganze Hinterkopf kahl, auch hier sind nach drei Monaten sämtliche Haare völlig nachgewachsen.

3. **Die Ätiologie der Pellegra im Lichte der älteren und neueren Anschauungen,** von Karl Rühl-Turin. Übersichtsreferat. Der Artikel wird fortgesetzt.

W. Lehmann-Stettin.

The British Journal of Dermatology.

September 1911.

Ichthyosis hystrix und Naevus verrucosus, von J. L. Bunch-London. Die Frage des Ursprungs der Naevi ist noch immer eine strittige und B. bringt zur weiteren Klärung derselben einen Fall, der nach der histologischen Untersuchung zweifellos für eine Entstehung (der Naevi) aus embryonalen Bindegewebszellen spricht.. Es handelte sich in diesem Falle um einen ausgesprochenen Naevus verrucosus (bei einem 22jährigen jungen Mann), der die Vorderfläche des einen Knies, so lange er sich erinnern kann, bedeckte; die Haut über der Kniescheibe und ober- unterhalb derselben war verdickt, hart und mit unregelmäfsigen tiefen Furchen versehen, die Bewegungen durch diese Hautverdickung nicht besonders behindert. Die Farbe der Haut über dem Naevus war eine gelblichbraune. Die Exzision eines Stückchens desselben und Untersuchung (auf Schnitten) ergab Verdickung der Hornschicht, stärkere der Stachelzellenschicht und aufserdem am Übergang der nichtpigmentierten in die Pigmentschicht runde, ovale und fusiforme Zellen, die B. für unzweifelhaft sarkomatös erklärt. Der zweite Fall, welchen B. beschreibt, ist ein solcher von Ichthyosis hystrix mit strichförmiger Verteilung und dient zur Illustration dafür, welche grofse Ähnlichkeit letzterer zuweilen mit Naevus linearis haben kann. Die Verteilung ist zuweilen eine ganz ähnliche und klinisch variieren die warzigen, papillären Erhabenheiten über einer rauhen oder schuppenden Oberfläche bei beiden Affektionen wenig voneinander, speziell wenn der Naevus verrucosus frei von Haaren und nur leicht pigmentiert ist. Der vorliegende Fall von Ichthyosis hystrix betraf eine 29jährige Frau, welche seit Geburt eine Anzahl ausgeprägter spitzig-horniger Gebilde, speziell an der Aufsenseite des

einen Oberschenkels zeigte. Ein Schnitt durch eines dieser warzenartigen Gebilde ergab hochgradige Hypertrophie der Hornschicht, während die Stachelzellenschicht nicht vermehrt, die Papillen nicht hypertrophisch, hingegen das Corium leicht atrophisch und mit vielen kleinen Rundzellen infiltriert war.

Ein Fall von Sklerodaktylie mit subcutanen Kalkkonkrementen, von A. E. SCHOLEFIELD und E. PARKES WEBER. Der Fall betraf eine 50jährige, unverheiratete Frau, bei welcher seit ihrem 20. Lebensjahre Erscheinungen von lokaler „Synkope“ (totes Gefühl) an der Fingern sehr häufig vorhanden waren, seit ihrem 35. die Haut und Weichteile ihrer Finger allmählich immer härter und steifer wurden und zu dem gegenwärtigen Zustand der Sklerodaktylie führten. Infolge der Verdickung und Verhärtung der Weichteile ist die Bewegungsfähigkeit in den Fingergelenken eine verminderte. An einigen Fingerspitzen und am linken Ellenbogen sind mit der Haut verschiebliche kleine, harte Einlagerungen, die sich unter dem Röntgenbilde als Kalkkonkremente darstellen, aufserdem vorhanden. An den Füfsen zeigte sich weder unter gewöhnlicher noch Röntgenuntersuchung irgend etwas Abnormes. Eine wirkliche Dissoziation der Gefühlsempfindung ist an den Fingern nicht vorhanden, sondern jede Art von Gefühl an denselben bzw. den harten Stellen nur abgestumpft.

Discoloratio unguium: 1. Leukopathia unguium, 2. Ungues flavi, von KNOWSLEY SIBLEY. Zur Kasuistik dieser beiden seltenen Nagelaffektionen bringt S. je einen Fall. Der erste von Leukopathie der Nägel betrifft einen 25jährigen, sonst gesunden, jungen Mann, bei dem alle Fingernägel mit Ausnahme jenes des linken kleinen und der Ulnarhälfte des Ringfingers dieser Hand und die Zehennägel in geringerem Grade befallen waren; jeder der ersteren zeigte ein bis drei mehr oder weniger um den ganzen Nagel ziehende weifse Streifen, die schon seit etwa 15 Jahren sich eingestellt hatten, und zwar oft in akuter Weise (über Nacht) am freien Nagelende. Die Zehennägel waren grofsenteils vedickt, gerippt und nur einige derselben zeigten die weifsen Streifen, welche viel weniger hervorstehend waren. Die histologische Untersuchung dieser weifsen Nagelstellen ergab, dafs dieselben den Farbstoff viel leichter annahmen und die Struktur von Nagelzellen, die grofsenteils ihre Kerne erhalten hatten, aufwiesen, also keine Verhornung wie die Zellen normaler Nagelstruktur durchgemacht haben. Der Zustand kann daher als eine Trophoneurosis, die zu Ernährungsstörungen in der Nagelsubstanz führt, bezeichnet werden. Er wurde auch unter den Namen Achromia ungium, Leukonychie, Albugo usw. beschrieben. S. möchte zwei Formen der Nagelentfärbung unterscheiden: 1. die kongenitale und permanente, welche mit Veränderungen an den Haaren und möglicherweise den Zähnen einhergeht und 2. die erworbene und nicht weniger temporäre, bei welcher weder Haare noch Zähne abnorm sind; vorliegender Fall scheint zu ersterem Typus zu gehören. In dem zweiten Falle von „gelben Nägeln“, einen 23jährigen Mann betreffend, der ein Schankergeschwür mit darauffolgender Quecksilberkur durchgemacht, und bei dem sich die Nagelaffektion innerhalb weniger Monate entwickelt hatte, waren die Nägel beider Hände und in geringerem Grade beider Füfse ockergelb verfärbt, im Längenwachstum zurückgeblieben und verdickt. Jod- (Glidin-) Behandlung und lokale Applikation einer Salicylsalbe brachte allmähliche Besserung und schliefslich Heilung des Zustandes, so dafs die Nägel sowohl bezüglich der Farbe, wie Dicke wieder normal wurden. Bezüglich der Ätiologie dieser Affektion erhebt Verfasser die Frage, ob sie auf Syphilis oder Quecksilber zurückzuführen ist, da mit Aufhören der Quecksilberkur und Joddarreichung die Besserung anhub, möchte sie aber nicht ohne weiteres in diesem oder jenem Sinne beantworten.

Bemerkung zur Ätiologie der Lepra, von WILLIAM TURNER-Gibraltar. Verfasser beobachtete bei einem 47jährigen Insassen einer Irrenanstalt einen typischen

Fall von Knötchenform der Lepra, der auch bakteriologisch festgestellt wurde. Bemerkenswert an dem Falle ist, dafs Patient, der in Gibraltar geboren ist, stets dort gelebt und 19 Jahre in der Anstalt sich aufgehalten hat, bevor die Lepra aufzutreten begann, dort als einziger seit Menschengedenken von dem Leiden befallen wurde, an dem er nach fünf Jahren durch allgemeine Erschöpfung zugrunde ging. Es konnte weder irgendeine kontagiöse noch hereditäre Ursache (in der wohl ermittelten Verwandtschaft) festgestellt werden. Bezüglich der Ernährung wurden in der Anstalt wöchentlich zwei Rationen Fisch, einmal frische und das zweitemal geräucherter Stockfisch gegeben, letzterer erst bei Auftreten des Leprafalles weggelassen; immerhin könnte sich in Übereinstimmung mit HUTCHINSONS Theorie die Frage erheben, ob nicht die Ernährung mit getrockneten Fischen bei der Ätiologie dieses Leprafalles in Betracht käme. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

August und September 1911.

1. **Über den Einflufs des Quecksilbers und des Salvarsans auf den Stoffwechsel bei Syphilitikern,** von LUCIEN JACQUET und DEBAT. Die Verfasser geben zuerst einen kurzen Überblick über die Stoffwechselversuche bei Syphilis und weisen auf die Differenzen zwischen den einzelnen Befunden hin, die durch Aufserachtlassung der zahlreichen im Individuum und in der Methode gelegenen Fehlerquellen bedingt sind. Hierauf gehen sie an die Besprechung ihrer eigenen Versuche, die sie an 15 Syphiliskranken in den verschiedenen Stadien ausgeführt haben. Es wurden junge kräftige Leute ausgewählt, bei denen zuerst das Stoffwechselgleichgewicht hergestellt wurde. Dann leiteten sie bei acht Kranken die plurimerkurielle Behandlung nach JACQUET (2 Pillen à 0,05 Protojoduret, 0,01 Hydrarg. bijod. intramuskulär, eine Inunktion à 2,0 und ein Klysma zu 20,0 Liquor VAN SWIETEN) ein; bei den anderen sieben wurde Salvarsan intramuskulär oder intravenös gegeben.

Die hierauf vorgenommenen Urinuntersuchungen hatten folgendes Ergebnis: Bei Syphilitikern schwankt die Harnstoffausscheidung zwischen 15,91 und 38,72 g. Wurde die Quecksilberbehandlung begonnen, zeigten sich folgende Veränderungen: Die Harnmenge steigt nach Beendigung der Behandlung, ebenso die Gesamtstickstoffmenge nachdem sie bei Beginn rapid gefallen war. Analog dem Gesamtstickstoff verhält sich der Harnstoff. Die Verfasser erklären diese anfängliche Verminderung der Harnstoffausscheidung durch Verlangsamung des Eiweifsabbaues und der Harnstoffbildung. Die Harnsäure geht den umgekehrten Weg wie der Harnstoff. Die Phosphatmenge ist erhöht, die Chlorate gehen parallel mit der Harnmenge. Bei zwei Patienten bestehende Albuminurie wurde nicht erhöht. Die Quecksilberbehandlung übt also keinen ungünstigen Einflufs auf den Stoffwechsel aus; im Anfang wird er etwas behindert, dann aber beschleunigt. Ein Versuch, der an einem der Experimentatoren vorgenommen wurde, ergab dieselben Verhältnisse wie bei Syphilitikern. Die Versuche bei Salvarsanbehandlung haben nicht zu eindeutigen Resultaten geführt.

2. **Was sind die „braunen" Leprabazillen** (**UNNA**)? von TEREBINSKY und **Antwort an Herrn TEREBINSKY,** von P. G. UNNA. Eine Kontroverse, deren Hauptsächlichster Punkt ist, dafs TEREBINSKY den Rückschlufs von der fehlenden Säurefestigkeit der Leprabazillen auf deren Tod für unzulässig erklärt, wogegen UNNA einwendet, dafs ihm nicht allein die mangelnde Säurefestigkeit, sondern jahrelanger Vergleich zwischen den klinischen Erscheinungen der Lepra und dem färberischen Verhalten der Bazillen zu dem genannten Schlusse geführt hätten.

3. **Plötzlich einsetzende, frühzeitige syphilitische Myelitis,** von J. Ducuing und A. Nanta. Ein 29jähriger Mann mit einer zwei Jahre alten, gut behandelten Syphilis bekam plötzlich Schmerzen in der Kreuzbeingegend, die ihn zur Bettruhe zwangen. Innerhalb weniger Stunden entwickelte sich dann eine vollständige Lähmung der unteren Extremitäten. Trotz einer sofort eingeleiteten Hg-Kur Verschlimmerung. Bei der Aufnahme ins Spital bestand eine schlaffe Lähmung der Beine, völlige Anästhesie vom Nabel abwärts, Nekrosen am Kreuzbeine, linken Trochanter und an den Zehen, Urin- und Stuhlverhaltung. Durch eine energische antisyphilitische Behandlung wurde eine allmähliche Besserung erzielt, doch starb der Kranke an einer Pneumonie. Die Sektion ergab eine völlige Erweichung des Rückenmarks im Bereiche des zehnten und elften Dorsalsegments. Mikroskopisch fand sich Entzündung der Meningen, hochgradige Gefäfsveränderungen, im Rückenmark, besonders in der weifsen Substanz zellige Infiltrationsherde. Dabei bestand sekundäre Degeneration der Nervenbahnen.

4. **Cutis verticis gyrata und Keloidakne,** von G. Rouvière. Ein 32jähriger Mann hat auf dem Scheitel fünf parallele 10 cm lange Rinnen, die mit zahlreichen konvergierenden Haaren besetzt sind. Die Haut dazwischen ist verdickt, weniger behaart. Zu dieser angeborenen Anomalie sind seit zwölf Jahren die Erscheinungen der Keloidakne hinzugetreten.

5. **Amyotrophia spinalis syphilitica und tertiäre Hauterscheinungen,** von A. Nanta. Bei einem Manne entwickelte sich sieben Jahre nach Beginn einer unregelmäfsig behandelten Syphilis eine Schwäche des rechten Daumens und Abmagerung des Thenar, von der bald die übrigen Finger ergriffen wurden. Zwei Jahre später Abmagerung der linken Hand und der Unterarme. Die Diagnose wurde auf Bleilähmung gestellt, die Therapie war ohne Erfolg. Die Sensibilität war stets erhalten geblieben. Jetzt finden sich aufser den genannten Erscheinungen tertiäre Geschwüre auf dem Thorax, der rechten Schulter und linken Achselhöhle. Auf 0,55 und 0,35 Arsenobenzol „Billon" heilten die cutanen Erscheinungen ab, die nervösen Veränderungen wurden nicht beeinflufst. Die Verfasser denken an eine Affektion der Meningen und des Rückenmarks im siebenten und achten Cervikal- und ersten Dorsalsegment.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revista española de Dermatologia y Sifiliografia.

Band 13, Nr. 154. Okt. 1911.

Syphilis papulosa gigantea bei einem Individuum mit Ichthyosis serpentina, von E. de Oyarzabal. Das Syphilid, das auf dem ganzen Körper ausgebreitet war, konnte erst durch Entfernung der Schuppen sichtbar gemacht werden.

Die Alopecien im Verlauf der visceralen Tuberkulosen, von Jaime Peyri. Es kommen bei visceralen Tuberkulosen sowohl unregelmäfsig zerstreute alopecische Flecken, als pseudoseborrhoische und pseudopeladische Plaques vor, desgleichen echte Peladeformen und zuletzt Alopecie nach Lupus erythematosus. Experimentell kann durch Einreiben von Tuberkulin oder von abgetöteten Bazillen eine vorübergehende Alopecie erzeugt werden, welche histologisch den pseudo-seborrhoischen Formen gleicht. Auch durch intracutane Injektion von Tuberkulin und abgetöteten Bazillen kann die gleiche Alopecie hervorgerufen werden.

Augensymptome und Salvarsan, von A. Barraquer. Der Autor weist auf die Bedeutung hin, welche eine Untersuchung des Auges bei larvierter Syphilis hat und nimmt bei Pupillenveränderungen selbst ohne andere Anzeichen einer Erkrankung des Zentralnervensystems eine antiluetische Behandlung mit Salvarsan, Quecksilber und Jod vor.

Zwei Fälle von Syphilis der Nervenzentren mit Salvarsan behandelt, von FERNANDEZ SOUZ. Ein Fall von Myelitis syphilitica wurde eher durch Salvarsan verschlechtert, während eine am Ende einer Quecksilberkur eingetretene Facialisparalyse durch Salvarsan bedeutend gebessert wurde.

Nächtliche Urininkontinenz, von RICARDO LOZANO und ALBERTO FORÈS. Bei essentieller Urininkontinenz erzielten die Autoren eine Heilung durch Lumbalpunktion.

Lupus und Fulguration, von MANUEL TRABA. Der Autor berichtet über gute Erfolge bei dieser Behandlungsweise des Lupus. *Gunsett-Strafsburg.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 12, Heft 1—3.

Die Prostitution in Stuttgart in den Jahren 1894—1908, von PAUL BENDIG-Stuttgart. Statistik.

Beiträge zur Geschichte des „Kondoms", von PAUL RICHTER-Berlin.

Die sexuelle Frage im Erziehungsplan des Gymnasiums, von MATTHAEUS DOELL-München. In der Belehrung der Abiturienten unmittelbar vor dem Verlassen der Schule kann keinerlei Schädigung der Schulinteressen erblickt werden. Sie ist für das Einzelindividuum, für die Familie und den Staat aus sittlichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Gründen von gröfstem Nutzen, indem sie das Verantwortlichkeits- und Pflichtgefühl gegen die menschliche Gesellschaft zum Bewufstsein bringt und die geschlechtliche Enthaltsamkeit vor der Ehe als höchstes Ideal aufstellt und so die Sittenreinheit gegen das schädigende Renommieren mit Liebesabenteuern schützt. Wenn auch nicht anzunehmen ist, dafs sich alle jungen Männer des Geschlechtsverkehrs enthalten, so wird ihnen die billige Entschuldigung, aus Unwissenheit Geschlechtskrankheiten erworben zu haben, genommen und den beliebten Vorwürfen gegen die Schule jede Grundlage entzogen.

Heft 4 und 5.

Alkohol und Geschlechtskrankheiten, von v. NOTTHAFFT-München. Der Alkohol gilt als Förderer der Geschlechtskrankheiten, weil er ihre Heilung verzögert und dadurch das Entfachen weiterer Ansteckungen begünstigt, weil er weiterhin die Entstehung der Prostitution fördert. Der Verfasser hält die Statistiken, nach denen eine sehr hohe Zahl von geschlechtlichen Ansteckungen unter dem Alkoholeinflufs entsteht, für nicht beweiskräftig und glaubt, dafs er für den erstmaligen Geschlechtsverkehr eine weit geringere Rolle spielt, als allgemeinhin behauptet wird.

Die primitiven Wurzeln der Prostitution, von IWAN BLOCH-Berlin. Abdruck aus BLOCHS Werk „Die Prostitution".

Heft 6.

Zur Blutuntersuchung und Salvarsanbehandlung der Prostituierten, von A. NEISSER-Breslau. Man sollte jede Prostituierte bei der Inskription und auch später ein- bis zweimal im Jahre der Untersuchung mittels der Blutreaktion unterwerfen. Bei solchen, die sich regelmäfsig behandeln lassen, wird dann auch festzustellen sein, ob sie noch einer weiteren Behandlung bedürfen oder schon als geheilt zu betrachten sind. Die Salvarsanbehandlung dürfte sich, wenn auch nicht obligatorisch, bei vielen Prostituierten durchführen lassen; entsprechende Versuche sollten gemacht werden.

Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur seit 1908. Bearbeitet von FRITZ LOEB-Mannhein.

Heft 7.

Syphilis als Erblindungsursache jugendlicher Individuen, von Jos. IGERSHEIMER-Halle a. S. I. untersuchte 187 Zöglinge der Provinzial-Blindenanstalt zu Halle mit WASSERMANNS Methode. Die Reaktion fiel bei 15 Zöglingen stark positiv, bei 13 schwach positiv aus; in 8,6% der Fälle war die Syphilis als Ursache der zur Erblindung führenden Augenerkrakung anzusprechen; in 4,8% der Fälle kam sie als wahrscheinlich in Betracht.

Erhebungen über Tripperverbreitung und Tripperfolgen in Arbeiterkreisen, von OTTO BURKARD-Graz. Den Erhebungen liegen 1000 Fälle von Mitgliedern der allgemeinen steiermärkischen Arbeiter-Kranken- und Unterstützungskasse in Gratz zugrunde. Von diesen 1000 Arbeitern geben 45,1% zu, blennorrhoisch erkrankt gewesen zu sein. Von den 1000 Männern waren 706 verheiratet; von diesen hatten 308 einen Tripper. Die tripperfreien Ehemänner hatten 1135 Kinder, die früher tripperkranken 641. Schwere blennorrhoische Erkrankungen der Ehefrauen durch Blennorrhoeübertragung von Ehemännern schienen selten zu sein; leichtere fanden sich bei den Ehefrauen in rund 18% der Tripperehen. *Schourp-Danzig.*

Folia urologica.

Bd. VI, Nr. 5. Juli 1911.

1. **Über einen seltenen Fall von Anomalie der rechten Niere und des Ureters,** von K. WEDENSKY-St. Petersburg. Eine Kombination von seltenen Anomalien — rechte Doppelniere und korrespondierender doppelter Ureter mit Mündung des einen der Ureteren in die Pars prostatica urethrae —, die eine sehr grofse Seltenheit darstellt; in der Literatur (152 Nummern) hat sich kein Fall gefunden, der dem in vorliegender Arbeit besprochenen vollkommen analog wäre.

2. **Über Ureterenplastik mittels transplantierten Stücken venöser und arterieller Gefäfse,** von LEONHARDO DOMINICI-Rom. Experimente an Hunden mit nur teilweise positivem Resultat.

3. **Ein Fall von solitärer Cyste der Niere,** von A. LIPSKEROFF-Moskau. Der Kranke bekam nach einer Verletzung der rechten Seite eine Geschwulst in der Nierengegend unter heftigen Schmerzen, Erbrechen und Hämaturie. Bei der Operation fand sich ein grofser Rifs einer solitären Cyste, die sich an dem unteren Ende der Niere entwickelt hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Präparates konstatierte man, dafs die Wände dieser Cyste aus einer dünnen Schicht des Nierengewebes bestanden, umgeben von einer Capsula fibrosa.

4. **Zwei Fälle von metastatischer eitriger Nephritis,** von PIERO POLCENIGO-Venedig. Der eine der Fälle war im Anschlufs an eine Paronychia, der andere nach Kompression von Hämorrhoiden entstanden.

5. **Das Prostatotherm,** von P. SCHARFF-Stettin. SCH. hat dem ARZBERGERschen Apparat vor Jahren eine den anatomischen Verhältnissen angepafste Form gegeben, so dafs der Patient sich bequem auf den Apparat setzen konnte und nicht genötigt war, denselben während der ganzen Zeit der Prozedur in situ festzuhalten. Er hat jetzt diese Form mit elektrischer Heizung versehen lassen, wodurch eine leichtere und schnellere Verwendbarkeit und ein weitaus gröfseres Gleichmafs der Hitzeproduktion erreicht wird. Überall, wo eine Steckdose für elektrisches Licht vorhanden ist, kann das Kabel, das über eine Gleichstromtafel zum Instrument führt, angeschlossen werden. Der Rheostat ist mit einem Zeiger versehen, dessen Stellung der Patient ganz nach seinem Empfinden und seiner Toleranzfähigkeit für die Hitze selbst zu regulieren vermag. *W. Lehmann-Stettin.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band 6, Heft 10. Oktober 1911.

1. **Salvarsan in lokaler Applikation,** von MELUN - Bukarest. M. hat 0,1 g Salvarsan direkt auf den Schanker appliziert, wodurch er eine nach wenigen Tagen vollständige Nekrotisierung erzielte.

2. **Salvarsanikterus,** von MILIAN-Paris. Vier eigene Beobachtungen; sieben aus der Literatur werden eingehend mitgeteilt; Verfasser glaubt, dafs als prädisponierende Ursachen Cholämie, Alkoholismus, Malaria, Hämophilie und besonders Tuberkulose in Betracht kommen. Das Alter der Syphilis dagegen spielt keine Rolle, da der Salvarsanikterus in allen Perioden der Erkrankung zur Beobachtung gekommen ist. Ebenso scheint die Dosis und der Injektionsweg ohne Bedeutung zu sein.

3. **Behandlung der Syphilis mit intravenösen Infusionen im 17. Jahrhundert,** von PAYENNEVILLE-Rouen. Interessante historische Studie, die sich mit der im Jahre 1691 in Leipzig erschienenen Arbeit eines gewissen MICHEL ETTMUELLER beschäftigt. Die Beschreibung der Technik des Eingriffs entspricht fast vollkommen unserem modernen Vorgehen. Als Mittel wurde in Wasser aufgelöstes „sublimiertes Merkur“ injiziert.

4. **Multiple syphilitische Schanker.** Ein Fall mit 21 konfluierenden Schankern auf der Eichel und im Sulcus coronarius, von RIBOLLET-Lyon.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Juckende Hautleiden, von S. JESSNER. (JESSNERS dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 3 u. 4.) Verfasser bespricht zuerst die allgemeine Pathologie und Ätiologie des Hautjuckens sowie seine Folgezustände. Dann folgt die allgemeine Therapie des Juckreizes. Schliefslich werden ausführlich die einzelnen juckenden Dermatosen sowohl die idiopathischen wie symptomatischen in ihrer Klinik, Ätiologie und Therapie abgehandelt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Salben und Pasten mit besonderer Berücksichtigung des Mitin, von S. JESSNER. (JESSNERS dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 15.) Verfasser bespricht zuerst die Darstellungs- und Applikationsweise der Salben und Pasten, deren Grundlagen und präzisiert die Forderungen, die an sie gestellt werden müssen. Schliefslich wendet er sich dem Mitin, einer von ihm dargestellten überfetteten Emulsion von Wollfetten zu. Es hat stets gute Dienste als Salbengrundlage geleistet. Nur bei einigen Medikamenten (Kampfer, Resorcin usw.) müssen 20—25% Öl zugesetzt werden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Experimentelle Untersuchungen über die merkurielle Stomatitis, von LE BLAYE-Paris. (Vigot, Frères, Paris, 1911.) Der Verfasser studierte die merkurielle Stomatitis am Hunde. Es gelang ihm, durch starke Dosen Quecksilber eine ulcerogangränöse Stomatitis zu erzeugen, bei der er fusiforme Bazillen und Spirochäten ähnlich den von VINCENT bei der ulcerösen Angina mitgeteilten nachweisen konnte. An Schleimhautschnitten konnte er zwei Zonen unterscheiden, eine oberflächliche, nekrotische mit fusiformen Bazillen und Spirillen und eine tiefe, entzündliche, in welche nur die Spirillen eindrangen. Die merkurielle Stomatitis ist also nicht durch die Eitererreger der Mundhöhle bedingt, sondern es ist eine wahre Spirillose. Wahr-

scheinlich vermehrt das Quecksilber in elektiver Weise die Empfänglichkeit des Organismus gewissen pathogenen Keimen gegenüber. Deshalb gelingt es nicht, bei den gegen die fuso-spirilläre Infektion refraktären Kaninchen und Meerschweinchen eine merkurielle Stomatitis zu erzeugen. *Gunsett-Strafsburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zur Kasuistik der Sklerodermie, von Michiyo Kono. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1910.) Der kurzen Wiedergabe der Krankengeschichte des der Arbeit zugrunde liegenden Falles schickt Verfasser eine gute Orientierung über den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse vom Wesen der Sklerodermie voraus.

Fritz Loeb-München.

Die Resultate der bisher ausgeführten arteriovenösen Anastomosierungen bei angiosklerotischer Gangrän mit besonderer Berücksichtigung der Wieting-schen Operation, von Fritz Müller. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Die bisherigen Erfolge sind gering, aber ermutigen zu weiteren Versuchen. *Fritz Loeb-München.*

Xanthelasma und Ikterus, von F. Chvostek. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) Eingehende, sehr interessante Erwägungen über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Lebererkrankungen, Ikterus und Xanthelasma, die — besonders im Hinblick auf die häufig symmetrische Anordnung der Xanthelasmen — dem Nervensystem einen entscheidenden Einflufs einräumen. „Bei der Bedeutung des Nervus sympathicus für die Gefäfsinnervation der Haut und ihre Trophik mufs jene Störung, die die für die lipoide Anreicherung der Zellen notwendige Dekonstitution der Cutiszellen herbeiführt, im Bereiche des sympathischen Systems gesucht werden. Für das Zustandekommen der Xanthelasmen bei Ikterus sind demnach die Bedingungen gegeben, wenn zu einer durch eine hepatale Affektion verursachten Störung im Fettstoffwechsel, vielleicht einer dadurch bedingten Überladung des Blutes mit Cholesterin eine Störung im Bereiche des Sympathikus hinzutritt. Sind beide Momente vorhanden, und das gilt für die grofse Mehrzahl der Fälle, so sind die Bedingungen für das Auftreten der Xanthelasmen die günstigsten. Neben den nervösen Einflüssen kommen auch andere, die Zellen schädigende Momente in Betracht, vor allem mechanische. Vielleicht ist durch ihre Mitwirkung die Häufigkeit der Xanthelasmen an gewissen Stellen (Augenlider, Mund, Handflächen usw.) bedingt.“ *W. Lehmann-Stettin.*

Statistische, kasuistische und histologische Beiträge zur Lehre vom Lupus erythematodes, von Maria Robbi. (Inaug.-Dissert. Bern 1910.) Die Ätiologie des Lupus erythematodes ist nach wie vor unaufgeklärt. Seine Beziehungen zur Tuberkulose sind durch einige neue Beobachtungen gestützt worden; aber weder durch die Statistik, noch durch die Sektionsbefunde, noch durch die Tuberkulinuntersuchungen, noch durch einzelne histologische Befunde und Tierversuche ist der Beweis erbracht, dafs der Lupus erythematodes in gleichem Sinne ätiologisch zur Tuberkulose zu rechnen ist, wie die Tuberkulide. Einige Tatsachen lassen an die Möglichkeit denken, dafs unter den Fällen, die auf Grund klinischer und histologischer Kriterien zum Lupus erythematodes gerechnet werden, manche sind, die zur atypischen Tuberkulose, resp. zu den Tuberkuliden gehören. In zwei Fällen von atypischem, disseminierten Lupus erythematodes, die beide mit Drüsentuberkulose kombiniert waren, trat der

Exitus durch Streptokokkeninfektion ein. Es gibt bei Lupus erythematodes disseminatus ein durch Aussehen und Lokalisation dem Lichen scrophulosorum ähnelndes kleinpapulöses Exanthem, das sich aber durch das histologische Bild und das Fehlen der lokalen Tuberkulinreaktion streng vom Lichen scrophulosorum unterscheiden läfst. Histologisch konnte Verfasser in einer gröfseren Anzahl von Fällen das Vorkommen von elastischen Fasern zwischen den Epithelzellen feststellen.

Fritz Loeb-München.

Ein Beitrag zur Frage der Alopecia totalis neurotica, von JOSEF MÜLLER. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1911.) Es mufs als wahrscheinlich bezeichnet werden, dafs mannigfaltige Erkrankungen des Zentralnervensystems zu einer mehr oder weniger starken Alopecia und auch zu Alopecia totalis führen können, — in ähnlicher Weise wie sie auch zu andern tropischen Störungen an der Haut und an den Knochen führen können. Mögen auch stärkere Grade der Alopecie im Sinne der Alopecia totalis etwas sehr seltenes sein, so spricht doch die Tatsache dieser Seltenheit durchaus nicht gegen die Annahme eines neurotischen Ursprungs bei der Alopecia; denn es könnte sich ja bei der Alopecia totalis nur um den stärksten Grad einer Erkrankung handeln, welche in leichteren Graden möglicherweise ungleich häufiger ist, aber meistenteils der Beachtung oder dem exakten Nachweis entgeht.

Will man bei der Alopecia totalis neurotica der Frage der Lokalisation des zugrunde liegenden Krankheitsprozesses im Zentralnervensystem näher treten, so wird man wohl in Anbetracht der sehr verschiedenen Gebiete der beteiligten Hirn- und Rückenmarksnerven eine Stelle im Zentralnervensystem annehmen müssen, welche einen Einflufs auf die gesamte Körperoberfläche haben kann, sofern überhaupt die Alopecia totalis neurotica Folge eines umschriebenen Krankheitsherdes im Zentralnervensystem ist. Diese Stelle würde man dann im Rautenhirn zu suchen haben. Bei einer derartigen Lokalisation des Krankheitsprozesses wird es auch verständlich, wenn früher oder später auch andere Symptome seitens des Zentralnervensystems auftreten können. Denn das Rautenhirn ist nicht nur für den Körper, sondern auch wahrscheinlich für das Grofshirn und dessen Funktionen von ausschlaggebender Bedeutung.

Fritz Loeb-München.

Ein Trichonodosisfall, von J. CSILLAG-Budapest. (*Bör-és bujakórtan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1911. Nr. 2.) Ein Kollege mittleren Alters litt an Trichorrhexis nodosa. Das mäfsig wellige Haar über der Stirn und auf dem Scheitel war infolge von Alopecia praematura sehr licht, 8—10 cm lang und auf der kahlwerdenden, schwach schuppenden Stelle sorgfältig geordnet. In der Nähe des distalen Endes eines Teiles dieser Haare konnte ein mohnkörnchengrofser Knopf herausgefühlt werden. Verfasser untersuchte den Knopf unter dem Mikroskop und da stellte sich heraus, dafs der Knopf ein einfacher Knoten ist, als ob er auf dem Haare absichtlich gebunden worden wäre. Ein Teil der Haare war der Trichorrhexis nodosa ähnlich gefasert. Verfasser stand also einer typischen Trichorrhexis dauernden Charakters des Haares über der Stirn und auf dem Scheitel gegenüber. Was die Ursache der Knotenbildung betrifft, ist die allgemeine Auffassung die, dafs sie durch äufsere mechanische Einwirkungen als: das Reiben des Haares mit den Fingern, das Kratzen, das übermäfsige Austrocknen der Haare infolge von Waschungen mit Seife, Lauge, Petroläther, Haarbrennen, häufiges Bürsten mit einer scharfen Bürste usw. verursacht wurde. Seines Erachtens veranlafst die Veranlagung eine Abnormität des Wachsens oder eine Gewebsveränderung. Der erwähnte Kollege pflegte oft zu baden und unterzog die Kopfhaut bei jeder Gelegenheit einer Waschung mit Seife. Er hatte früher krauses Haar und auch KREN hebt hervor, dafs die Knotenbildung häufiger bei gelocktem Haar, als bei glattem vorkommt.

Porosz-Budapest.

Über Krampfadern, von LUDWIG STEPHAN - Homburg a. H. (*Med. Klin.* 1911. Nr. 30.) Verfasser hat eine sehr zweckmäfsig erscheinende Krampfadergamasche konstruiert. Dieselbe besteht aus Leinen mit Einlagen von rundem Docht, die als im Querschnitt elastische Stäbe in der Längsrichtung der Gamasche verlaufen. Hierdurch wird erreicht, dafs die hervortretenden Krampfadern streckenweise komprimiert werden, ohne dafs der Abflufs nach oben durch allgemeine Kompression der Haut gehindert wird, wie es sonst bei Kompressionsanlagen oft der Fall ist.

Arthur Schucht-Danzig.

Kongenitale Phlebektasie, von OLGA PICKMANN. (Dissert. Zürich 1911.) In den meisten publizierten Fällen über Phlebektasien wird nach der Meinung der Verfasserin zu wenig darauf hingewiesen, dafs viele von ihnen kongenital sind. Ihre scheinbare Seltenheit beruht vielmehr auf einem mangelhaften, nicht sorgfältigen Studium dieser Frage. Verfasserin nimmt an, dafs die kongenitale Phlebektasie kein so seltenes Ereignis ist. Es ist ihr gelungen, 46 Fälle zusammenzustellen. Bei diesen Fällen sind 25 Männer gegen 14 Frauen (nur bei 39 Fällen waren diesbezügliche Angaben vorhanden). In der Literatur finden sich Angaben, dafs die kongenitalen Phlebektasien besonders die oberen Extremitäten befallen. Die von der Verfasserin zusammengestellten Fälle verteilen sich folgendermafsen: 19 Fälle = obere Extremitäten, 13 Fälle = untere Extremitäten, 1 Fall = Thorax (allein), 7 Fälle = Hals und Kopf, 2 Fälle = ganze Körperhälften. Der mitgeteilte Fall der Züricher Klinik kann sicher den kongenitalen Phlebektasien zugerechnet werden. Dafür sprechen folgende Punkte: der Patient wurde mit einer ausgesprochenen serpiginösen Phlebektasie des linken Fufsrückens geboren. Anamnestisch läfst sich feststellen, dafs die Mutter gleichfalls an Varicen leidet. Es fehlen ihm auch nicht die die kongenitale Phlebektasie begleitenden individuellen Anlagen. Der Fall gehört zu den hereditären und kongenitalen Phlebektasien. Das klinische Bild des Falles war so deutlich, dafs man an der Diagnose nicht zweifeln konnte. Aber wegen der starken Entwicklung der Phlebektasie war es schwer zu entscheiden, wie weit dieselbe in die Tiefe reicht. Ferner war man sich nicht darüber klar, in was für einem Verhältnis diese Phlebektasie zum Arteriensystem steht. Verfasserin nimmt an, dafs es sich im beschriebenen Fall um eine Phlebektasie handelt, welche mit den Phlebektasien der tiefen Gefäfse in Verbindung steht. Die Methoden der Behandlung sowie die Indikationsstellung sind bei der kongenitalen die gleichen, wie bei der gewöhnlichen Phlebektasie. Im vorliegenden Fall führte die partielle Exstirpation zur Heilung. Aus ihren Studien zieht Verfasserin den Schlufs, dafs die kongenitalen Phlebektasien viel häufiger sind als man annimmt. Die ätiologischen und klinischen Formen sind denen der gewöhnlichen gleich. Die Ursachen der kongenitalen Phlebektasien gleichen denen der gewöhnlichen, nur entwickeln sie sich schon im intrauterinen Leben. Diagnose, Prognose und Therapie stimmen mit diesen Momenten bei den gewöhnlichen Phlebektasien überein, nur ist die Prognose bei den gleichen Formen der kongenitalen Phlebektasien im allgemeinen schlechter. Die Malignität aber ist für die kongenitalen Formen nicht charakteristisch.

Fritz Loeb-München.

Die Klappenverhältnisse der Oberschenkelvene und der Vena saphena magna in ihrer klinischen Bedeutung für die Operation der sapheno-femoralen Anastomose bei Varicen, von E. HESSE und W. SCHAACK-St. Petersburg. (*Virchows Archiv.* Bd. 205, Heft 1.) Oberhalb der Sapheneneinmündungsstelle befindet sich in der Vena femoralis gewöhnlich ein Klappenpaar (72%), ausnahmsweise zwei Klappen (5%). In 23% der Fälle ist eine Klappe oberhalb der erwähnten Stelle in der Femoralis überhaupt nicht vorhanden. Unterhalb der Sapheneneinmündung befinden sich in der Vena femoralis stets Klappenpaare; in jedem Fall ein Klappenpaar, doch

in den meisten Fällen zwei, drei Paare (73 %), im Durchschnitt 3—4 cm voneinander entfernt. In der Vena saphena an Stelle ihrer Einmündung in die Vena femoralis befindet sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (82 %) ein Klappenpaar; weiterhin nach unten meistens mehrere Klappenpaare in einer Entfernung von einigen Centimetern voneinander. Anstatt eines Saphenenstammes können zwei bis drei Stämme angetroffen werden. Der Hauptstamm der Saphena besitzt nicht oft eine Vena saphena accessoria (18 %). Vom anatomischen Standpunkt aus ist die Operation der saphenofemoralen Anastomose durch die Klappenverhältnisse in der Oberschenkelvene gerechtfertigt. Indem man die Saphena 10 cm unterhalb ihrer ursprünglichen Einmündung in die Femoralis transplantirt, kann man sicher sein, dafs an neuer Stelle die Saphena magna mit ihren erweiterten Ästen unter dem Schutze wenigstens eines Klappenpaares und meistens auch zweier sich befinden wird. Hierdurch werden die bis dahin pathologischen Zirkulationsverhältnisse des Saphenengebietes mit einem Schlage in normale physiologische verwandelt. *Schourp-Danzig.*

Über eine neue Methode zur Behandlung von Varicen an den unteren Extremitäten, von K. Balakoff. (*Thèse de Lausanne* 1910.) Die Erfolge mit der von Schiassi angegebenen Injektionsmethode (Jod. pur. 1,0 — Kal. jodat. 1,6 — Aqu. steril. 100,0) waren recht gute. *Fritz Loeb-München.*

Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden, von Dreesmann-Köln. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 30.) Es wird vor und hinter dem Anus etwa 2 cm seitlich vom Analrand je ein Querschnitt angelegt, die Haut bis zum Rektalrohr unterminiert und von hier aus werden die Hämorrhoiden exzidiert. Die Methode soll ein Ersatz für die Whitcheadsche Operation sein und ist nur bei bestehendem Prolaps der Darmschleimhaut nicht zweckmäfsig. *Arthur Schucht-Danzig.*

Salbe gegen Beingeschwüre, von Beldan. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 47.)

Olivenöl 15 g
Ochsengalle 15 g
Mel. rosat. 8 g
Cerae albae 4 g
Sacchar. pul. 2 g.

Die Salbe soll nach Bordesinfektion zweimal täglich aufgetragen werden.
Gunsett-Strafsburg.

Beteiligung des Urogenitalapparates bei einem Fall von Sklerodermie, von Grete Ehrenberg-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 30.) Aufser sklerodermatischen universell ausgebreiteten Haut- und Schleimhautveränderungen, Verkrümmung der kleinen Labien, Verengerung der Vagina mit weifsen atrophischen Plaques in derselben ähnlich wie in der Mundhöhle, bot insbesondere die Blase bei der 51jährigen Kranken folgenden Befund:

Schleimhaut atrophisch, blafs, herdweise sehr stark infiziert, am Fundus Andeutung trabekulärer Zeichnung. Rechte Ureteröffnung klein, blafs. Links spannt sich von der linken Uretermündung eine blafsgelbe, glänzende Falte von Seitenwand nach Blasenboden, hinter welchem sich mehrere Divertikel öffnen. Auf der Grenzleiste zwischen den einzelnen Aussackungen ein brandroter, halbpfennigstückgrofser Bezirk (trockene Gangrän). An sonstigen äufseren Erscheinungen fanden sich noch bei diesem seltenen Fall: Kombination mit Raynaudscher Krankheit, Hemiatrophie, Pigmentationen, streifenförmiges Erbleichen des Haares, Atrophie bzw. Hypertrophie der Schilddrüse, der Zungen- und Armmuskulatur, Atrophie der Zungen-, Rachen- und Vaginalschleimhaut. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall von Sklerodaktylie, von G. Rauzier. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 25.) Es handelte sich um eine 51jährige Kranke, welche seit 4½ Jahren an trophischen

Störungen der Extremitäten, besonders der oberen litt, welche hauptsächlich durch Atrophie der Finger und Schrumpfung der Weichteile charakterisiert war und deren progressive Zunahme zu vollständiger Unbrauchbarkait der oberen Extremitäten führte. Auch das Gesicht war von einem ähnlichen Prozefs im Anfangstadium befallen.

Gunsett-Strafsburg.

Zwei Fälle von Ainhum, von Truman Abbe-Washington. (*Med. Record.* 19. März 1911.) Ainhum ist in Nordamerika erst einmal zur Beobachtung gelangt; Verfasser kann über zwei Fälle berichten, die beide Negerinnen betrafen, wie Ainhum ja fast ausschliefslich nur in dunkelhäutigen Rassen bei Negern und Hindus bisher festgestellt worden ist. Erst einmal sind bisher atrophische Veränderungen der Knochen dabei röntgenologisch nachgewiesen worden. Die zwei Fälle des Verfassers wurden zwei Jahre lang verfolgt; interessant dabei ist, dafs bei nur unmerklichem Fortgang der äufseren Erscheinungen die röntgenologisch festgestellte Knochenatrophie progressiv gewesen. Verfasser ist der Meinung, dafs die Knochenatrophie der proximalen Phalanx den übrigen Knochenveränderungen vorangeht und dafs dies für eine Ursache allgemeiner Natur spricht (Trophoneurosis); dafür spricht auch, dafs die Knochenatrophie sich schon proximal von der äufserlich sichtbaren Einschnürung des Gliedes findet, und dafs nach Amputation der letzten Phalanx die zweite und erste sich in einigen Fällen abgeschnürt und abgestofsen hatten. *W. Lehmann-Stettin.*

Einige Anomalien der Haare des Kinns, von S. Giovannini. (*Gazz. degli ospedali e delle cliniche.* 1911. Nr. 43.) Der Verfasser berichtet kurz über einige von ihm gefundenen anatomischen Haaranomalien, die er später ausführlich beschreiben wird. *Gunsett-Strafsburg.*

Alopecie. Ohne Autorangabe. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 7.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Pelade, dentalen Ursprunges, von Jacquet. (*Bull. méd.* 1911. Nr. 534.) Bei einer Patientin mit einem grofsen kahlen Herde am rechten Hinterhaupte fand sich der rechte untere Weisheitszahn kariös. Nach Jacquets Ansicht ist der vom schlechten Zahn ausgehende Reiz die Hauptursache der Alopecie, die durch verschiedene Nebenursachen unterstützt wird. Diese sind: häufiger Haarausfall in der Familie der Patientin, Überstehen von Erysipel, Störungen von seiten des Magendarm- und des Genitaltraktes, sowie psychische Depressionen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Alopecia areata pruriginosa, durch intrapiliere Bazillen hervorgerufen, von Ferdinand Guéguen. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. 59, Heft 1.) Aufser der Alopecia areata unbekannter Genese gibt es eine, die durch einen im Haare vorfindlichen Bacillus, den Bacillus endothrix verursacht wird. Er ist leicht aus den Haaren auf Gelatine zu kultivieren. Dieser Bacillus scheint sich auch im gesunden Haare aufhalten zu können, um unter gewissen Bedingungen seine pathogenen Eigenschaften zur Geltung zu bringen, so dafs diese Affektion grofse Neigung zum rezidivieren hat. Therapeutisch wird eine Kupfersulfatsalbe empfohlen. Wichtig ist die Prophylaxe, besonders in Schulen und Kasernen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Veränderungen an den Nägeln als Anzeichen einer überstandenen schweren Allgemeinerkrankung, von J. Ewens-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 30. Sept. 1911.) Im Anschlufs an die Mitteilung von Wilks und Flower (*Brit. med. Journ.* 15. April 1911) berichtet Verfasser über einen in den 70iger Jahren stehenden Herrn, der neben Pernionen der Hand und „Absterben“ der Endphalanx an mehreren Fingern verschiedentliche Furchenbildungen und Verfärbungen an den Nägeln, nebst Ver-

schwinden der Lunulae aufweist. Verfasser folgert, dafs ebenso wie bei seinem Falle auch bei den erwähnten Fällen der Allgemeinerkrankung vasomotorische Störungen die Ursache der Nagelaffektionen bilden dürften. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Idioneurosen.

Lumbalpunktion bei juckenden Dermatosen, von George Thibierge - Paris. (X. Congr. franç. d. méd. 1908.) Bei einem Falle von Lichen Wilson, der aus wissenschaftlichen Gründen lumbalpunktiert worden war, hörte der Juckreiz auf und das Leiden heilte rapid. Thibierge hat daraufhin systematisch bei juckenden Dermatosen die Lumbalpunktion therapeutisch angewendet. Die besten Erfolge hatte er bei Lichen Wilson; aber nur bei frischen, weit verbreiteten Eruptionen. Längere Zeit bestehende, circumscripte Herde wurden zwar günstig beeinflufst, doch kehrte der Juckreiz wieder und wurde durch wiederholte Punktion immer weniger gemildert. Ähnliche aber inkonstante Erfolge hatte er bei Lichen Vidal, chronischen Ekzemen u. a. m. Keine therapeutische Beeinflussung fand bei Urticaria und Dermatitis herpetiformis statt. Die Menge des entnommenen Liquors soll 6—8 ccm nicht überschreiten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein klinischer Vortrag über juckende Hautkrankheiten und deren Behandlung, von J. L. Bunch - London. (*Lancet.* 7. Mai 1910.) Neben einigen kurzen Bemerkungen über Ätiologie, Diagnose und Klassifizierung der mit Juckreiz verbundenen Dermatosen gibt B. eine gröfsere Reihe von nützlichen Rezepten zur Beseitigung dieses Symtomes. Die Liste umfafst interne Medikamete, wie Natrium salicylicum, Salol, Salophen eventuell im Verein mit Antipyrin, Antifebrin oder Phenacetin, ferner Karbolsäure in Pillenform, Arsenik, Atropin, Pilocarpin (10—20 Tropfen einer 1%igen Lösung), namentlich aber Brom-Natrium mit Cannabis indica oder Tinkturen von Aconit und Gelsemium. Von kühlenden Aufschlägen mögen aus den vielen hier genannten herausgegriffen werden: ℞ Acid. hydrocyanic. dilut. 5,0; Spirit. ros. marin. 30,0; Glycerin. 15,0; Aq. ad 300,0. Ferner: ℞ Ichthyol 2,0, Natr. bicarbon. 6,0, Spirit. lavendul. 15,0, Aq. ad 250,0. Bei Pruritus vulvae hat eine Salbe von: ℞ Chloral. hydrat., Menthol, Camphor. āā 2,5, Lanolin, Vaselin āā 15,0 gute Dienste geleistet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Pruritus der Nephritiker, von Widal und Weill. (*Bull. méd.* 1911. S. 654.) Der Juckreiz bei Nierenkranken ist durch Stickstoffretention verursacht. Er kann oft auf die richtige Diagnose leiten. Durch Lumbalpunktion kann er bedeutend gemildert werden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Pruritus und urtikarielle Roseola bei Tabetikern, von Milian. (*Bull. méd.* 1911. S. 895.) Aufser den zwei bereits beschriebenen Formen, dem reinen Pruritus und dem mit Lichenifikation verbundenen bringt Milian eine dritte Form dieses Leidens bei Tabetikern. Der Juckreiz ist von dem Auftreten zahlreicher, linsengrofser, roter Flecke begleitet. Sie verschwinden unter Fingerdruck und beharren nur ein bis zwei Minuten. Durch Reibung können sie künstlich hervorgerufen werden; ist diese sehr stark, werden die Flecken urtikariell. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Sekretionsanomalien.

Hyperhidrosis manuum, durch Röntgenstrahlen geheilt, von H. E. Schmidt-Berlin. (*Verhandl. Dtsch. Röntgen-Ges.* VII.) Eine excessive Schweifsabsonderung, die jede berufliche Tätigkeit unmöglich machte, heilte durch fünf Röntgenbestrahlungen dauernd; die Hände sind seit 2½ Jahren absolut trocken. *W. Lehmann-Stettin.*

Lokale Hyperhidrosis. Bericht über die erfolgreiche Behandlung von 15 Fällen, von A. H. Pirie-London. (*Lancet.* 11. Aug. 1911.) Zur Behandlung der lokalen abnorm starken Schweifsabsonderung hat Verfasser seit fünf Jahren die Röntgenbestrahlung mit sehr präzisem Erfolg angewandt. Es handelte sich bei seinen 15 Fällen um intensives Schwitzen besonders an den Händen, dem Gesicht und in der Axilla, wodurch die betroffenen Personen geradezu qualvoll inkommodiert wurden. Es wurden meistens fünf bis sechs Sitzungen in Zwischenräumen von einem Monat und mit einer Dosis von einer Pastille erforderlich gefunden. Die histologische Untersuchung eines durch Biopsie gewonnenen Hautstückes, welches in dieser Weise behandelt worden war, ergab einen totalen Schwund der Schweifsdrüsen. Zur Behandlung der Hände verwendet P. ein Stück von einer Hohlkugel aus Zelluloid, deren Radius 24 cm beträgt. Die Strahlenquelle wird im Zentrum der Hohlkugel aufgestellt, und die Hände werden fest gegen die Konvexität geprefst, so dafs überall eine gleichmäfsige Einwirkung erfolgt. Zur Kontrolle der Dosis wird eine Bariumplatincyanidpastille 12 cm von der Lichtquelle entfernt aufgestellt, und eine zweite wird an eine Hand befestigt. Auch wird die Milliampèreminutenmethode mit Wasser usw. gebraucht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Saprophyten und Fremdkörper.

Subcutanes Emphysem als Komplikation von akuter Bronchitis bei einem Säugling, von W. L. R. Wood und C. C. Pickles-Ossett. (*Brit. med. Journ.* 24. Juni 1911.) Bei einem Kinde von sechs Monaten entstand im Laufe von zwei Stunden ein chirurgisches Emphysem, das den Hals ganz unkenntlich machte und sich bis zur dritten Rippe ausdehnte. Ohne besondere Beschwerden zu verursachen, verging die Erscheinung zugleich mit der sonstigen Besserung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hautemphysem während der Wehen, von M. J. Siegelstein-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 4.) Bei einer 20jährigen Erstgebärenden trat bei den Wehen ein umfangreiches Hautemphysem am Hals, Unterkiefer, Gesicht und Brust auf. Aufserdem prolabierte die Cervix. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zum habituellen Icterus gravis der Neugeborenen, von Cornelius May-Worms. (*Arch. f. Kinderheilkde.* Bd. 56, Heft 4—6.) Völlig gesunden Eltern wurden vier Kinder geboren, die nach wenigen Tagen an hochgradigem Ikterus zugrunde gingen. Die Todesursache ist vermutlich in einer Autointoxikation infolge Durchtränkung des ganzen Organismus mit den Gallenbestandteilen zu suchen.

Schourp-Danzig.

Hämolytischer Ikterus mit Hämoglobinurie, von A. Humans van den Bergh. (*Rev. de méd.* Jan. 1911.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von hämolytischem Ikterus, der mit häufigen Krisen von Hämoglobinurie einherging, welche weder mit der Kälte, noch mit der Ernährung in Zusammenhang standen und von Albuminurie und Urobilinurie gefolgt waren. Die Resistenzfähigkeit der roten Blutkörperchen progressiv hypotonischen Kochsalzlösungen gegenüber war normal. Autolysine und Isolysine (nach Chauffard und Vincent) wurden nicht gefunden. Auch die Landsteiner-Donathsche Reaktion war negativ. Hingegen zeigte eine vom Verfasser angegebene Methode doch eine verminderte Resistenzfähigkeit der Erythrocyten. Das Serum des Patienten, abgekühlt und in eine Kohlensäureatmosphäre gebracht, macht eine Hämolyse der eigenen oder fremder Blutkörperchen bei Brutschranktemperatur, aber nicht bei gewöhnlicher. Diese Methode ergab für die eigenen Blutkörperchen der Patienten ein positives Resultat bei 37°, ein negatives bei 16°, für Blutkörperchen von zwei fremden Personen ein positives bei 37° und bei 16°, für die ersteren nur in Kohlensäureatmosphäre, für die letzteren auch in der Luft. *Gunsett-Strafsburg.*

Beiträge zur Morphologie der Filaria Bancrofti (Cobbold) 1877, von S. HIDA-Tokio. (*Centralbl. f. Bakter.* 1911. Bd. 60, Heft 1/2.) Unter dem Namen Filariosis werden eine Reihe von seit altersher bekannten, krankhaften Symptomen zusammengefafst, die durch die Anwesenheit der Filaria Bancrofti (Cobbold) im menschlichen Körper hervorgerufen werden. Sie wurde im chylösem Urin, bei Hämaturie, im Gewebe von Elephantiasis scroti, in Inguinal- und Kruraldrüsen, auch Abscessen, gefunden. In den beiden Fällen, welche H. zum Ausgangspunkt eingehender Untersuchungen über die Morphologie der Filaria dienten, handelte es sich um je eine nufsgrofse Geschwulst am Samenstrang und einen hühnereigrofsen Leistendrüsentumor (Cyste); in letzterem Falle enthielt auch das Blut viele Filariaembryonen, beide betrafen junge Leute im Alter von 23 und 24 Jahren. Die Hauptergebnisse von H.s Untersuchungen sind folgende: 1. Das weibliche Muttertier ist ein 8—10 cm langer, 1,8 bis 2,5 mm dicker, fadenförmiger Wurm von weifslicher Farbe; 2. der Kopf des männlichen wie des weiblichen Elterntieres ist kolbenförmig verdickt, an seinem Ende die Mundöffnung; 3. die Geschlechtsöffnung ist trichterförmig, zwischen ihr und dem Urinschlauch befindet sich ein dreimal spiralig gewundener Kanal; 4. die Afteröffnung ist seitlich am Schwanzende gelegen; 5. das männliche Tier ist ein 30 bis 45 mm langer, fadenförmiger, weifslicher Wurm; er ist dünner als das weibliche Tier; 6. der männliche Geschlechtskanal ist ein einfacher Schlauch, der zellige Elemente und Spermatozoen enthält; 7. Das Schwanzende des Männchens ist dreimal spiralig gerollt; 8. Der Geschlechtskanal mündet mit dem Verdauungskanal in einer gemeinschaftlichen Kloake oberhalb des Schwanzendes. Aus ihrer Höhlung treten ein Paar Spicula hervor, die als Haftorgan bei der Begattung gebraucht werden und die Eigenschaft haben, sich zusammenzuziehen und auszudehnen. Beide Spicula besitzen an ihren Enden eine Krümmung, welche bei dem längeren stark, bei dem kürzeren nur schwach ist. Was schliefslich die pathologischen Veränderungen der Lymphgefäfse betrifft, so sind dieselben enorm erweitert, ebenso wie die zuleitenden Venen und Kapillaren; erstere bilden hier und da kleine und grofse Cysten und zeigen kavernösen Bau. *Stern-München.*

Kornausschlag, von STERNA. (*Morgagni.* 11. April 1911.) Es handelt sich um die durch Pediculoides ventricosus hervorgerufene Hauterkrankung, die sich in Pruritus und starkem Hitzegefühl kund gibt. Einige Arbeiter, die mit Ausladen von Kornsäcken beschäftigt waren, wurden $1^1/_2$ Stunden nach der Arbeit von derartigen an Hals, Schulter, Kopf und Brust lokalisierten Ausschlägen befallen, die in wenigen Tagen abheilten. *Gunsett-Strafsburg.*

Kleiderdesinfektion bei Scabies, von C. PHILIP-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 38.) Zur Desinfektion der Kleider bei Krätzekranken hat Verfasser seit zwei Jahren bei etwa 150 Fällen folgendes Verfahren sehr bewährt gefunden: in einem Raum von 1,25 ccm Inhalt (etwa einem luftdicht gemachten Kleiderschrank, falls man nicht, wie Verfasser, eine spezielle Einrichtung dieser Art besitzt) wird ein Paket Autan (kleinste im Handel befindliche Packung zu 45 Pfennig) in einem Holzeimer mit Wasser vermengt. Die Kleider hängen, das innere nach aufsen gekehrt, möglichst den Dämpfen zugängig. Nach zwölf Stunden läfst man die entstandenen Gase in den Schornstein oder in sonst unschädlicher Weise entweichen und desodoriert die desinfizierten Gegenstände eventuell noch durch Besprengen mit Ammoniak. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den durch die Katzenkrätze beim Menschen hervorgerufenen Ausschlag, von G. THIBIERGE. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 12.) Der Sarcoptes notoedres oder minor erzeugt bei der Katze Läsionen, welche immer in typischer Weise am Kopf und den Ohren sitzen. Übertragungen auf Menschen sind selten beschrieben, THIBIERGE

teilt in vorliegender Arbeit acht Fälle mit. Der Ausschlag beim Menschen ist ausschliefslich von Prurigopapeln gebildet, welche mit einem 2—3 mm Durchmesser besitzenden, infiltrierten, roten Fleck beginnen, in dessen Mitte eine miliare Vesikel erscheint. Dieselbe wird bald abgekratzt und macht dann einer schwarzen Kruste Platz. Es ist eine Papel, die sich in keiner Weise von derjenigen der Prurigo Hebrae unterscheidet. Bei sehr heftigen Formen entsteht eine diffuse Rötung, in welcher die einzelnen Papeln zusammenfliefsen und an deren Peripherie dieselben zur Gröfse der Elemente der Urticaria papulosa heranwachsen. Der Pruritus ist gewöhnlich sehr heftig. Hände, Füfse, Mammagegend, Penis sind frei, auch fehlen die Milbengänge. Die Lokalisation ist eine ganz atypische und entspricht denjenigen Körperteilen, die mit der Kälte am intensivsten in Berührung kamen. Die Affektion heilt leicht mit Stärkebädern und Mentholzinkpaste. Zu vermeiden sind alle reizenden Schwefelpräparate.

Gunsett-Strafsburg.

Mifsbildungen.

Die Ätiologie der Naevi; der Einflufs der Nerven bei der Entstehung derselben, von D. C. L. Fitzwilliams-London. (*Brit. med Journ.* 2. Sept. 1911.) Aus Beobachtungen an 700 mit Naevus behafteten Kindern zieht Verfasser folgende Schlüsse: Die Affektion kommt häufiger (65,2%) bei Mädchen als bei Knaben (34,7%) vor. Dafs kosmetische Rücksichten die gröfsere Häufigkeit der dem Arzte zugeführten weiblichen Fälle nicht bedingt, folgert Verfasser daraus, dafs 60% aller Patienten schon vor dem sechsten Lebensmonat und 85% vor dem zwölften in seine Behandlung kamen. Ferner konstatiert er, dafs 83,2% aller Fälle ausdrücklich als kongenital bezeichnet wurden, und dafs bei den übrigen es zum mindesten nicht unwahrscheinlich war, dafs das Vorhandensein der Läsion zeitweilig der Mutter verschwiegen oder übersehen worden war. Der Einflufs der Nerven ist daraus zu folgern, dafs das Auswachsen der Naevi recht genau den Nervenbahnen folgt und dafs ihre Lokalisation von vornherein in sehr vielen Fällen bestimmten Hautnervenästen angeschlossen ist. Allerdings hat Verfasser bei zwei Fällen, welche er durch Nervenresektion zu beeinflussen suchte, keinen greifbaren Erfolg erzielt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Fall von Naevus sebaceus, von Willy Benkmann. (Inaug.-Dissert. Berlin 1909.) Die Talgdrüsennaevi kann man im allgemeinen zu den seltenen Hauterkrankungen rechnen. Die Krankheit tritt in zwei klinisch verschiedenen Formen, einer multiplen, symmetrischen und einer circumscripten, systematisierten Form auf. Erstere beschränkt sich auf das Gesicht, während der umschriebene Talgdrüsennaevus überall am Körper zur Erscheinung gelangen kann. Dafs beide Formen auf eine kongenitale Anlage zurückzuführen sind, kann man nach allen neueren Autoren als Tatsache annehmen. Was das äufsere klinisch-anatomische Bild dieser Naevi betrifft, so herrscht darüber in den Beobachtungen ziemlich Einheitlichkeit. Man sieht in den Fällen von Typus Pringle — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. I. S. 197 — (das Adenoma sebaceum [Typus Balzer], das identisch ist mit dem Epithelioma adenoides cysticum [Brooke], dem Trichoepithelioma papillosum multiplex [Jarisch], dem Acanthoma adenoides cysticum [Unna], wird von den meisten Autoren scharf aus der Gruppe der multiplen symmetrischen Gesichtsnaevi geschieden, während die französischen Autoren diese Tumoren noch als dazu gehörig betrachten), auf der Nase, besonders an den seitlichen Partien, in den Nasolabialfalten, auf den angrenzenden Wangenteilen und auf dem Kinn, manchmal auch vereinzelt auf der Stirn die Haut mit stecknadelkopfgrofsen bis kleinerbsengrofsen Knötchen besät, die von gelblich-rötlicher Farbe und derber, bisweilen aber auch weicher Konsistenz sind und in symmetrischer An-

ordnung beide Gesichtshälften bedecken. Man beobachtet neben den beschriebenen Knötchen auf der Gesichtshaut öfters miliare Angiome, auch kommen bei denselben Individuen an anderen Stellen des Körpers die verschiedenartigsten Naevi, Epheliden, Lentigines, weiche Naevi, Mollusca pendula usw. zur Beobachtung. Während beim Typus Pringle die einzelnen Knötchen gänzlich isoliert voneinander liegen, ist das Bild bei der circumscripten Form des Naevus sebaceus insofern ein anderes, als die Effloreszenzen zu Streifen, platten Haufen, ja warzenartigen Gebilden dicht aneinander gelagert sind, doch kann man sie immer noch deutlich voneinander unterscheiden und sie konfluieren niemals. Bisweilen finden sich mit der Affektion lokal vergesellschaftet Eruptionen des Epithelioma adenoides cysticum. Neben diesem kommen in Gemeinschaft mit dem Naevus sebaceus andere Naevusformen vor oder es treten zugleich an anderen Stellen des Körpers ähnliche Erkrankungen auf. Einzelne Autoren haben auch zugleich Effloreszenzen auf der Mundschleimhaut beobachtet.

Wendet man sich zur histologischen Untersuchung eines derartigen Naevus, so kann das sich dem untersuchenden Auge im einzelnen Falle darbietende Bild ein etwas verschiedenes sein; im allgemeinen begegnet man aber vier Typen, die in einem übersichtlichen Schema Winkler (*Arch. f. Dermatol.* 1906) zusammengestellt hat. Er unterscheidet: 1. Naevi sebacei, rein; 2. Naevi sebacei et fibroangiomatosi et sudoripari; 3. Naevi fibroangiomatosi; 4. Naevi sudoripari. Die grofse Mehrzahl der Autoren hat eine Vermehrung und Hypertrophie der Talgdrüsen gefunden, wodurch die Bezeichnung „Naevus sebaceus" als Gesamtbegriff für alle diese Tumoren einigermafsen zu rechtfertigen ist. Das Epithel als solches ist im allgemeinen nicht verändert, während die Cutis in ihrer Gesamtheit verdickt, besonders die Papillarschicht hypertrophiert erscheinen kann.

Um einen allgemeinen Überblick über die Genese der Erkrankung und das Alter der Patienten zu gewinnen, gibt Verfasser eine statistische Zusammenstellung der bis jetzt beschriebenen Fälle von Naevus sebaceus. Zugleich berücksichtigt er dabei das Geschlecht und die nervöse und geistige Beschaffenheit der Kranken. Aus dieser statistischen Zusammenstellung ergeben sich einige interessante Befunde. In beiden Typen des Naevus sebaceus treten da zu der charakteristischen verschiedenen Lokalisation und Anordnung der Effloreszenzen gewisse Unterschiede hinzu. Es scheint, als ob die multipel-symmetrische Form an Häufigkeit des Vorkommens die andere überragt. Verfasser fand von der ersten 41, von der circumscripten systematisierten Form dagegen nur 15 Fälle. Doch hält er das Verhältnis für tatsächlich umgekehrt, da die meisten der Fälle von kleinen strichförmigen Naevi sebacei gar nicht zur Veröffentlichung gelangen. Die Zahlenunterschiede bei dem Geschlecht der Patienten sind als mehr durch Zufall bedingt anzusehen. Es ergaben sich 16 männlich, 25 weiblich einerseits, 10 männlich, 5 weiblich andererseits.

Weiter resultiert aus der Zusammenstellung, dafs bezüglich der nervösen und psychischen Beschaffenheit der Patienten die beiden Formen der Affektion einen grofsen Unterschied zeigen. In den meisten Fällen des Pringleschen Typus ergaben sich gewisse Intelligenzdefekte oder zum mindesten eine äufserst geringe geistige Entwicklung, dann nervöse Störungen, wie Epilepsie, Hysterie u. dgl., während beim Naevus sebaceus circumscriptus nur Oppenheimer (Dissertation, Freiburg 1898) eine diesbezügliche Beobachtung gemacht hat. Eine einigermafsen befriedigende Erklärung für das Auftreten von geistigen und nervösen Störungen bei den mit Naevus sebaceus multiplex behafteten Patienten steht noch aus.

In prognostischer und therapeutischer Hinsicht bietet der Naevus sebaceus ein wenig erfreuliches Bild. Bezüglich der Therapie verhalten sich die beiden Naevusformen etwas verschieden. Die des circumscripten stöfst auf gewisse Schwierigkeiten.

Ist er klein, so läfst er sich bequem exzidieren, vielleicht auch noch ein etwas gröfserer, wenn er schmal, strichförmig ist, wie in dem vom Verfasser ausführlich mitgeteilten Falle, auf dessen Details aber nicht eingegangen werden kann. Der PRINGLEsche Typus verhält sich einer Behandlung gegenüber weitaus günstiger. Am meisten leistet die Elektrolyse, wobei allmählich nacheinander jeder einzelne kleine Herd zerstört wird. Ein Literaturverzeichnis von 106 Nummern beschliefst die fleifsige Arbeit.

Fritz Loeb-München.

Adiposo-genitaler Symptomenkomplex mit Hypertrichose, Nerven- und Geistesstörungen von suprarenalem Ursprung, von PINARD und GOLLAIS. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 43.) Die Kranke, deren Geschichte und Autopsie ausführlich mitgeteilt wird, war bis zu ihrem 17. Lebensjahre vollständig gesund und normal. Dann begann sie an Körperumfang zuzunehmen, zugleich verschwand die Periode gänzlich und es stellten sich allmählich immer schwerer werdende nervöse Symptome ein. Zwei Jahre später trat ein Ödem der unteren Extremitäten ohne Eiweifs auf, zugleich eine progressive Muskelschwäche und eine nufsfarbene Hautfarbe auf. Auf eine vorübergehende Depilation erschien sodann eine dauernde Hypertrichose des Gesichts. Im linken Hypochondrium konnte man eine grofse Geschwulst nachweisen, die Muskeln waren atrophisch, die Sensibilität an den unteren Extremitäten herabgesetzt; auch der Geisteszustand konnte trotz vorhandener Intelligenz nicht als normal bezeichnet werden. Es bestanden schwere Angstzustände. Trotz ovarieller und suprarenaler Opotherapie starb die Kranke in einem Anfall von Dyspnoe. Bei der Autopsie wurde ein grofses typisches Epitheliom der Corticalis der linken Nebenniere als Ursache dieser Veränderungen gefunden.

Gunsett-Strafsburg.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Schmerzstillung bei Harnleiden, von ERNST PORTNER-Berlin. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1911. Nr. 4.) Die Schmerzen bei Erkrankungen der Harnorgane treten auf in Form von Blasenkrämpfen und Nierenkoliken. Bei Blasenkrämpfen verordnet Verfasser Belladonna lieber als Tropfen oder Pillen wie als Suppositorien

℞ *Extr. Belladonn.* 5,0
Aquae amygdal. amar. ad 20,0
M. D. S. dreimal tägl. 15 Tropfen.

Bei bettlägerigen und chronischen Kranken gibt er Arzneiklysmen mittels OIDTMANNscher Spritze:

℞ *Tincturae opii* 10,0
Extracti Belladonnae 1,0
Aquae dest. ad 100,0
M. D. S. dreimal tägl. 5 ccm als Klystier.

An Stelle von Belladonna wird auch Pantopon empfohlen: dreimal tägl. 1—2 Tabletten à 0,01.

Von diluierenden Tees werden empfohlen: Buccoblätter, Maisnarben, Paraguaytee (3 Efslöffel auf 1 Liter Wasser, 20 Minuten lang einkochen).

Arthur Schucht-Danzig.

Alypin als schmerzstillendes Mittel in der Urologie und die bei seiner Anwendung zur Beobachtung kommenden Komplikationen, von GARASCH. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 32. S. 1281.) Die Gefahren des Kokains haben, wie natürlich, Anlafs gegeben nach neuen Mitteln zu suchen. Als solch ein Mittel gilt

das Alypin, besonders auch in der urologischen Praxis. Verfasser hat dasselbe in 2—5%iger Lösung bei ca. 1453 Fällen angewandt und im allgemeinen keine schlimmen Folgen von denselben gesehen. Dennoch rät er, wenn irgend möglich, ohne Anästhesierung zu urethroskopieren, weil er auch durch Alypin zweimal schwere Vergiftungen gesehen hat, die freilich zum Unterschied von Kokain nicht mit dem Tode endeten, aber doch durch das Schwinden der Atmung und das Kleinwerden des Pulses sehr bedrohlich aussahen und wie Verfasser annimmt, nur dank der Möglichkeit der Anwendung der verschiedensten Exzitantien, welche zur Hand waren, wie unter künstlicher Atmung noch glücklich abliefen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Anwendung der Keratinkapseln in der Urologie, von G. Fischer-Budapest. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1911. Nr. 2.) Verfasser erprobte die Geloduratkapseln, das sind keratinierte Kapseln. Die Gelodurat-Jod-Kapseln enthalten 30 cg Kaliumjodid. Sie rufen im Magen kein unangenehmes Gefühl hervor. Vier bis fünf Stunden nach dem Verschlucken konnte noch im Speichel und acht bis neun Stunden später noch im Urin Jod nachgewiesen werden. Diese Tatsache spricht dafür, dafs das Jod absorbiert worden ist. Bei solcher Dosierung der Santal- und Copaivapräparate konnten Aufstofsen oder andere Verdauungsstörungen nicht beobachtet werden. Übertrieben ist Haibachs Beobachtung, dafs bei einem solchen Dosierungssystem Santalpräparate und Copaiva keine Nierenreize hervorrufen. *Porosz-Budapest.*

Zur pathologischen Anatomie der Harnorgane Neugeborener, von Joseph Englisch-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 37.) Zusammenfassung pathologischer Befunde, welche der Verfasser an anderen Stellen beschrieben hat, *Schourp-Danzig.*

Beziehungen zwischen Mifsbildungen der Nieren und der Geschlechtsorgane, von P. Guizzetti und Fabio Pariset-Parma. (*Virchows Arch.* Bd. 204, Nr. 3.) Unter 20000 Sektionen fanden sich 88 Fälle von Nierenanomalien. Das Fehlen einer Niere kommt bei Männern viel häufiger vor als bei Frauen. Bei Dystopie oder Agenesie der Niere finden sich Anomalien der Geschlechtsorgane: bei Männern fehlen Corpus und Cauda des Nebenhodens, der Ductus deferens, die Samenblase und der Ductus ejaculatorius; bei Frauen fehlen Vagina und Uterus oder die Tuben. *Schourp-Danzig.*

Polycystisches Nierenrudiment bei Fehlen des Ureters und Vas deferens, appendikulärer Schwellkörper des Penis und zahlreiche andere Mifsbildungen bei einem achtmonatlichen Fötus. Zugleich ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Niere, von Georg Rosenow-Berlin. (*Virchows Arch.* Bd. 205, Heft 2/3.) Bei einem achtmonatigen Fötus fanden sich folgende Mifsbildungen. Defekt der rechten Niere und der Ureteren beiderseits, polycystisches Rudiment an Stelle der linken Niere, Defekt der Samenleiter, der Prostata und der Samenblasen, Atresia ani vesicalis, Hypoplasie der Harnblase, appendikulärer Schwellkörper des Penis, Hypoplasie des Skrotum, Defekt des linken Radius, Truncus arteriosus communis mit Hypoplasie der A. pulmonalis, Ventrikelseptumdefekt, abnorme Lungenlappung, partieller Defekt des Ösophagus und Ösophagotrachealfistel, Dysplasie der Leber und Fehlen der Gallenblase. Besonders bemerkenswert ist die bisher nicht beobachtete Mifsbildung des Urogenitalsystems: Cystenniere bei totaler Aplasie des Ureter; R. entnimmt daraus die Anlage der bleibenden Niere aus zwei Komponenten und lehnt die Auffassung der einheitlichen Entstehung der Niere ab. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von vorzeitiger Entwicklung bei Hermaphroditismus mit Wachstumsstörung und Hypertrichosis, von Oskar Scheuer-Wien. (*Fortschr. f. Röntgen.*

Bd. 17, Nr. 3.) Genaue Schilderung eines Falles, über dessen Hermaphroditismus auch nach genauer Untersuchung sich nichts bestimmtes aussagen liefs. Das (nach amtlicher Bescheinigung) acht Jahre alte Mädchen (?) hatte einen ziemlich entwickelten Bart und eine ungewöhnlich starke allgemeine Körperbehaarung von absolut männlichem Typus. Wie weit diese Hypertrichosis in Beziehung zu setzen war zur fehlerhaften Ausbildung des Geschlechtsapparates liefs sich nicht feststellen; ebensowenig ein Zusammenhang mit der vorzeitigen Entwicklung des Skelettsystems, das nach den ausgedehnten Röntgenuntersuchungen in seinem Ossifikationszustand etwa dem eines normalen 16jährigen Burschen entsprach. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Lokalisation pathologischer Prozesse des Urogenitalapparates nach dem Epitheliombefund im Urin und durch Operation bestätigt, von George A. Wyeth-New York. (*New York med. Journ.* 2. Sept. 1911.) Um die verschiedenen, im Urin gefundenen Epithelien zu verstehen, mufs man zuerst die verschiedenen Formen und Varietäten, welche die Urogenitalorgane auskleiden, genau studieren. Nach einer kurzen Übersicht über die Epithelschichten, wie sie die einzelnen dieser Organe tragen, beschreibt W. die Untersuchungsmethoden — 24 stündiger Urin sedimentiert und dann bei 460 Vergröfserung das Sediment untersucht — fünf Fälle, welche aus dem Material des jüdischen Krankenhauses zu Berlin stammten und bei welchen aus der Urinanalyse die genaue Diagnose gestellt und später durch die Operation bestätigt wurde. Es handelte sich um 1. chronische, eitrige Pyelonephritis infolge von Steinbildung, leichte katarrhalische Ureteritis und Cystitis (bei einer 36jährigen Frau), Nephrektomie, 2. akute Nierenblutung infolge von Tumor, chronische Pyelonephritis und Ureteritis (bei einem 51 jährigen Manne), 3. chronische Prostatitis, Vesiculitis und Cystitis, Prostatahypertrophie (62jähriger Mann); Prostatektomie mit oberem Blasenschnitt, 4. chronische Pyelonephritis mit Nierenblutung, chronische Prostatitis, Cystitis und Urethritis infolge von Nierensarkom (Wahrscheinlichkeitsdiagnose) und 5. einen Fall, wo der Urin wegen angeblichem Nierentumor untersucht werden mufste, aber ein diesbezüglich negatives Resultat und bei der Operation ein grofses Sarkom der retroperitonealen Drüsen sich ergab. *Stern-München.*

Störungen im Urogenitalapparat bei Anwesenheit von Harnstoff im Blute (Urikämie), von Constant. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1911. S. 241.) Die Erscheinungen von seiten des Urogenitalsystems bei Urikämie sind im allgemeinen charakterisiert durch ihre Benignität, ihre ephemere Dauer und den Parallelismus in der Intensität mit der Urikämie. Im einzelnen sind zu erwähnen vorübergehende Insuffizienz der Nieren mit deren Folgen, Cystitis und Cystalgie, Urethritis und bei Frauen Vulvitis und Vaginitis. Dabei besteht oft hartnäckiger Pruritus und die Haut zeigt die konsekutiven Erscheinungen, wie auch ab und zu Erytheme.

Richard Frühwald-Leipzig.

Weitere Erfahrungen über die diagnostische Verwertbarkeit der Konjunktivalreaktion in der Urologie, von Rudolf Paschkis und Friedrich Necker-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 36.) Schon auf Grund früherer Arbeiten haben die Verfasser die Ophthalmoreaktion als gutes Mittel zur raschen vorläufigen Orientierung in diagnostisch schwierigen Fällen bezeichnet. An weiteren 125 urologischen Fällen hat sich das Mittel bewährt und als einfach und unbedenklich in der Anwendung erwiesen. Nur in vier Fällen war die Reaktion negativ, wo es sich klinisch um schwere Tuberkulose handelte. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Tuberkulinbehandlung der Urogenitaltuberkulose, von Robert Bachrach und Friedrich Necker-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 39.) 1. Operable Nierentuberkulosen sind kein Gegenstand der Tuberkulintherapie.

2. Frühfälle (positiver Bazillenbefund ohne wesentliche Eiterung und ohne Funktionseinschränkung der Niere) sind bis zum Auftreten einer Indikation zur Nephrektomie zur Tuberkulinbehandlung geeignet.

3. Für nephrektomierte Tuberkulöse, bei denen Krankheitsherde im Urogenitaltrakte oder an anderen Organen zurückbleiben, erscheint die Tuberkulinbehandlung empfehlenswert.

4. Die Tuberkulinwirkung äufsert sich in Besserung des Allgemeinbefindens und in Gewichtszunahme.

5. Eine Beeinflussung des Krankheitsherdes im Sinne einer Ausheilung ist bisher nicht nachgewiesen.

6. Tuberkulinbehandlung soll reaktionslos und daher sicher ohne Schädigung des Organismus durchgeführt werden.

7. Inoperable Fälle sind durch Tuberkulin kaum beeinflufsbar, aber mangels anderer therapeutischer Behelfe versuchsweise zu behandeln. *W. Lehmann-Stettin.*

Harninkontinenz nach Operation, von J. Bentley Squier-New York. (*Med. Record.* 13. Mai 1911.) Bericht über zwei fast identische Fälle, in denen im Anschlufs an externe Urethrotomie eine Inkontinenz, anscheinend durch Verletzung des Compressor urethrae entstanden war. In dem einen Falle entschlofs sich der Patient zu einer urethroplastischen Nachoperation, die wieder normale Verhältnisse herstellte.

W. Lehmann-Stettin.

Über Zelleinschlüsse in Genitalsekreten, von H. Sowade-Halle a. S. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 41.) Verfasser konnte auf Grund zahlreicher Untersuchungen das Vorkommen einwandfreier Prowazekscher Körperchen in Genitalsekreten nicht bestätigen. Die von ihm in den Epithelzellen beobachteten teils gleich, teils verschieden grofsen roten bis violetten Körnchen („Einschlüsse") hält er möglicherweise für identisch mit Halberstaedter-Prowazekschen Gebilden. Seinen Untersuchungen nach ist ihr ausschliefsliches Vorkommen bei blennorrhoischen und postblennorrhoischen Affektionen der Genitalschleimhäute auffallend. *Arthur Schucht-Danzig.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Plastik aus dem Skrotum bei Hypospadie penis, von Rudolf Frank-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 37.) In vier Fällen von Hypospadia penis wandte F. das von A. Landerer angegebene Verfahren an: an der Unterseite des Penis werden entlang der Penisrinne zwei Schnitte geführt, welche einen 1 cm breiten Streifen begrenzen: die beiden Schnitte werden nach vorne in der Substanz der Glans und der Raphe entlang auf das Skrotum fortgeführt. Nachdem die Schnittränder allseits exakt beweglich gemacht sind, beginnt die Naht, nach deren Absolvierung der Penis der ganzen Länge nach an das Skrotum befestigt ist. Nach etwa sechs Wochen wird der Penis umschnitten und vom Skrotum abgelöst. Der Patient hat dann eine solide, bis an die Spitze der Eichel reichende, genügend weite Urethra, die keine Neigung zur Verengerung aufweist, und kann im Strahle urinieren. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von fuso-spirillärer Balanoposthitis mit Gangrän des Präputiums, von Dind. (*Revue méd. de la Suisse romande.* 1911. Nr. 8.) Ein 30jähriger Mann erkrankt an Typhus. Bei der ersten Untersuchung war die Temperatur abends 39,4, fiel die nächsten Tage, stand am 5. abends nur noch auf 38,8, um dann wieder anzusteigen und einen septikämischen Charakter anzunehmen. Eine Erklärung hierfür fand sich bald in einer eiternden Ulceration der Präputialfalte, in welcher Spirillen gefunden wurden. Bald trat auch eine fünfmarkstückgrofse Gangrän des Präputiums auf. Letzteres wurde total entfernt, worauf die Temperatur auf 37,8 sank und der Typhus in normaler Weise entfieberte. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Schwielenbildungen am Präputium und ihre differentialdiagnostische Bedeutung für das Peniscarcinom, von Arthur Schumann. (Inaug.-Dissert. Königsberg 1910.) Es werden die Krankengeschichten von drei Fällen angeführt, bei denen man nach dem äufseren Befunde die Diagnose „Phimosencarcinom“ stellen mufste, wo aber nachher die makroskopische Untersuchung kein Carcinom ergab. Es handelte sich in den drei Fällen um tumorartige Schwielenbildungen der Vorhaut. In zwei Fällen bestand eine angeborene, in einem Falle eine scheinbar erworbene Phimose. Diese chronisch-entzündlichen, im Verlaufe von ein bis zwei Jahren entstandenen tumorartigen Schwielenbildungen des Präputiums hatten in zwei Fällen zu einer Verwachsung mit der Eichel, also gleichsam zu einem Übergreifen auf dieselbe geführt. Entstanden sind diese Schwielenbildungen allein durch den Reiz der chronischen Balanoposthitiden, bei welchem sich im Präputialsekret immer die verschiedensten Stäbchen und Bakterienarten finden. Andere spezifische Infektionen, wie Syphilis, Blennorrhoe mit konfluierenden Kondylomen, Tuberkulose, Lepra, Elephantiasis können hier nach Anamnese, klinischen Verlauf und Befund und nach der histologischen Untersuchung ausgeschlossen werden. *Fritz Loeb-München.*

Über Peniscarcinom, von Franz Jahn. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1910.) An der Leipziger Klinik wurden in den Jahren 1897—1909 im ganzen 20 Patienten mit Peniscarcinom im Alter von 24 bis 72 Jahren behandelt. Über die prädisponierenden Ursachen war in diesen Fällen folgendes festzustellen: siebenmal bestand angeborene Phimose, zweimal solche infolge von Blennorrhoe, einmal bestand angeborene Urethralverengerung, einmal ein Rifs an der Vorhaut. Blutung aus der carcinomatösen Stelle trat in drei Fällen auf. In einem Falle war das Wachstum des Carcinoms ein so schnelles, dafs es sieben Monate nach der ersten Erscheinung inoperabel war und zur Arrosion der Arteria femoralis führte. Zur Operation gelangten 16 Fälle. In 15 Fällen sind Angaben über die Drüsenerkrankung und über die Dauer der Krebserkrankung vom Zeitpunkte der ersten Symptome bis zur Operation vorhanden; diese Dauer beträgt in vier Fällen zwei Monate, in zwei Fällen sieben Monate, in einem Fall neun Monate, in drei Fällen ein Jahr, in zwei Fällen je fünf und sechs Jahre, in einem Fall mehrere Jahre. Die Lymphdrüsen waren in 13 Fällen befallen, davon in zwei Fällen auch die Iliakaldrüsen, neunmal wurden die Drüsen exstirpiert. In zwei Fällen handelte es sich nach Ausweis der histologischen Untersuchung nur um eine entzündliche Drüsenschwellung. — Von Operationsmethoden wurden ausgeführt, die quere Amputation und die Methode von Thiersch. Im Anschlufs an die Operation starben zwei Fälle. Histologisch handelte es sich hier um Plattenepithelcarcinome. In drei Fällen traten Rezidive ein. In einem Fall etwa zwei Monate nach der Operation in beiden Leistengegenden und am Stumpf, die Inguinaldrüsen waren hier bei der ersten Operation entfernt worden.

Erwähnung verdient hier auch die gute historische Erörterung über die Behandlung bzw. Beseitigung des erkrankten Penis. *Fritz Loeb-München.*

Carcinoma penis, von Nobuji Hino. (Inaug.-Dissert. München 1909.) Der Arbeit liegen 33 Fälle zugrunde. In 16 Fällen wurde Phimose beobachtet, darunter einmal erworbene Phimose = 48,5 %. Geschlechtliche Infektion: fünfmal Blennorrhoe, dreimal Lues zugegeben, davon beide Erkrankungen in einem Fall, angeblich gleichzeitig. Von traumatischen Einwirkungen ist in sechs Fällen die Rede, jedoch konnte nur in einem Falle ein sicherer Zusammenhang zwischen Unfall und Auftreten der Neubildung konstatiert werden. In zwei Fällen scheint ein Herpes praeputialis mit daranschliefsender chronischer Entzündung das ätiologische Moment abzugeben. In den übrigen Fällen konnte keine nachweisbare Ursache angegeben werden. Was den Ausgangspunkt der Neubildung betrifft, so traten die ersten Anzeichen in 15 Fällen zuerst

an der Eichel, in 15 Fällen an der Vorhaut und bei drei Patienten an der Haut des Gliedes auf. Hinsichtlich des Verbreitungsgebietes ist folgendes notiert: betroffen waren die Eichel allein in zwei Fällen, die Vorhaut allein in zwei Fällen, Vorhaut und Eichel zugleich in 17 Fällen, Schaft am vorderen Drittel in vier Fällen, Schaft im mittleren Drittel in fünf Fällen, Schaft in ganzer Ausdehnung in zwei Fällen. Die Schwellkörper wurden insgesamt in sechs Fällen als von der Neubildung ergriffen befunden. Stärkere Schmerzen gaben nur zehn Patienten an, dagegen klagten acht derselben über Beschwerden beim Urinieren, in sechs Fällen traten zu Beginn des Krebsleidens Blutungen aus der Harnröhre auf. In sechs Fällen wurde die perineale Urethrostomie vorgenommen, sonst die normale Fixation der Harnröhre am Penisstumpf. Die Exstirpation der Leistendrüsen war in acht Fällen geboten; dabei mufste in drei Fällen zur Unterbindung der Vena saphena geschritten werden, weil auch die Gefäfsscheide carcinomatös infiltriert erschien. Keine Drüsenaffektionen fanden sich in acht Fällen; sonst sogar meist doppelseitig; in 17 Fällen erschien diese Affektion auf rein entzündlicher Basis beruhend, weshalb von ihrer Entfernung Abstand genommen wurde. In 18 Fällen wurde zur Amputatio penis geschritten, weil Art und Ausdehnung des malignen Neoplasmas diese als den einzigen Heilungsweg erscheinen liefsen. Ein Fall bot Aussicht, auf einen Versuch mit Lichttherapie günstig zu reagieren (leider fehlt weiterer Bericht). In einem Fall wurde die Phimosenoperation nach Rosen angewendet. Fünf Patienten entzogen sich jeglicher Behandlung.

Fritz Loeb-München.

Sarkom des Penis, von H. M. Galt-Brighton. (*Lancet.* 22. Juli 1911.) Von dieser seltenen Affektion schildert Verfasser die anatomisch-pathologischen Verhältnisse bei einem durchaus typischen Falle. Es handelte sich um einen 60jährigen Mann. Die Neubildung war erst etwa acht Monate vor der Aufnahme als eine kleine Papel am Rücken des Penis bemerkt worden, hatte aber schon eine erhebliche Ausdehnung, anscheinend von der Vorhaut ausgehend, angenommen. Trotz der ausgiebigen Abtragung des ganzen Gliedes, sowie der Crura penis, erfolgte Metastasiebildung, an welcher Patient binnen zwei Monaten zugrunde ging. Als Ausgangpunkt kommen drei Gebilde in Betracht: 1. das Endothel der Gefäfse in den Schwellkörpern, 2. das Endothel der Lymphbahnen derselben, 3. die Bindegewebszellen des inter-sinusoidalen Stromas. Jedenfalls war der Tumor vom Corpus cavernosum ausgegangen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Tuberculosis nodularis des Penis, von Serafini. (*R. accad. di medic. di Torino.* 20. Januar 1911.) Ein 25jähriger gesunder Mann ohne Zeichen von Tuberkulose bekommt vor einem Jahre mitten am Penis, genau in der Mediana der Unterseite, einen kleinen Tumor, kaffeebohnengrofs, der von gesunder Haut bedeckt, beweglich, hart und indolent war. Nach acht Monaten begann der Tumor sich nach der Peniswurzel zu zu vergröfsern, ulcerierte und liefs eine seröse Flüssigkeit aussickern. Die Urethra war normal. Keine Lues. Der exzidierte Tumor zeigte mikroskopisch die Struktur eines Granulationsgewebes mit Riesenzellen und Tuberkelbazillen.

Gunsett-Strafsburg.

Über Priapismus bei Leukämie, von Felix Emanuel Stanjeck. Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin: Professor Buschke. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1909.) Gutes Literaturverzeichnis.

Fritz Loeb-München.

Die Technik urethraler Untersuchungen, von Walter S. Reynolds-New York. (*Med. Record.* 1. Juli 1911.) Genaue Angaben über die Untersuchung der einzelnen Teile der Harnröhre, Prostata usw. mittels sechs Gläser-Probe, Bougie-à-boule, Stahlsonden u. a. m., ohne wesentlich Neues zu bringen. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Behandlung der lippenförmigen Fisteln des männlichen Gliedes, von Nicolai Wolkowitsch-Kiew. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 95, Heft 1.) W. behandelt die Harnröhrenfistel in der Pars pendula penis durch Resektion des Kanals und durch Vereinigung der Harnröhrenenden nach Mobilisation der letzteren. Einzelheiten sind im Original angegeben. *Schourp-Danzig.*

Urethrale Blutungen, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Transact. of the amer. urol. assoc.* 1910.) Einige Fälle schwerer Hämorrhagie nach instrumenteller Behandlung bestehender Strukturen; wenn sich die blutenden Stellen nicht im Endoskop einstellen und direkt mit Argentumlösung tupfen lassen, ist unverzüglich zur äufseren Urethrotomie zu schreiten. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Glasrohr in der Harnröhre eines Mannes, von Newton Evans-Nashville. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 24.) Es gelang, das 5—6 Zoll lange und $^{3}/_{16}$ Zoll dicke Glasrohr mittels eingeführten Endoskops einzustellen und durch den in das Rektum eingebrachten Finger herauszudrücken. *Schourp-Danzig.*

Steine der Urethra prostatica, von Müller. (*Lyon méd.* 1911. S. 788.) Drei Patienten, die wegen Pollakiurie und Dysurie in Behandlung kamen. Es wurde ihnen auf perinealem Wege aus dem prostatischen Teile der Urethra ein etwa haselnufsgrofser Stein entfernt. Es bestand keine Lithiasis anderer Organe.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über traumatische Harnröhrenrupturen, von Wilhelm Oelze. (Inaug.-Dissert. 1910.) Von neun Kranken starben zwei infolge schweren Beckenbruches mit Blasenruptur und schwerem Schock, einer starb an Pneumonie elf Tage nach dem Unfall. Zwei Patienten mit Totalruptur, mit Urethromia externa, Verweilkatheter und ohne Naht der Stümpfe behandelt, konnten erst nach vier bzw. zwei Monaten entlassen werden. Es bestanden Strikturenerscheinungen. Drei Patienten mit totaler Ruptur, aber mit Urethrotomia, Verweilkatheter und zirkulärer Stumpfnaht behandelt, konnten schon nach drei Wochen, einmal erst nach zwei Monaten entlassen werden; keine Strikturenerscheinungen. Ein Patient mit nicht perforierender Verletzung, mit Incisio perinealis und Verweilkatheter behandelt, wurde nach vier Wochen ohne Strikturerscheinung entlassen. Im allgemeinen scheint sich die Naht der Enden selbst besser zu bewähren als einfache Verweilkatheterbehandlung mit periurethraler Naht. Der Heilungsverlauf war in ersteren Fällen kürzer, nicht so häufig durch Folgen der Urininfektion der Umgebung und Dammwunde gestört. Verfasser weist noch besonders auf den in allen Fällen möglichst frühzeitig, längstens zwei Tage nach dem Unfall angesetzten Termin der Operation hin, ein heute immer mehr sich geltend machendes Verfahren. Der Arbeit liegt das Material der Münchener chirurgischen Universitätsklinik zugrunde. *Fritz Loeb-München.*

Harnröhrenstriktur — ein Fall von Fibrolysinintoxikation, von E. Szántó-Budapest. (*Gyógyászat.* 1911. Nr. 32.) Ein Hauptmann litt an Harnröhrenverengerung, deren Erweiterung schwer vonstatten ging. Verfasser wendete Fibrolysin an; jeden dritten Tag bekam der Patient eine Phiole Fibrolysin in die Muskulatur unter die Bauchhaut. Nach sechs Injektionen wurde dem Patienten — zu Hause — plötzlich unwohl; es trat Erbrechen bei ihm auf, das unstillbar war und ununterbrochen zwei Tage dauerte. Aufserdem stellten sich Schwindelanfälle ein, sein Gang war taumelnd; die Schwindelanfälle traten auch im Ruhezustande auf. Verfasser nahm einen schweren Gehirnreiz, einen meningealen Prozefs an. Zwischen den Pupillen zeigte sich eine Differenz; Reaktion auf Lichtakkommodation ist normal. Verfasser konsultierte einen Spezialkollegen, der obige Annahme bestärkt. Der Patient bekommt auf den Kopf einen Eisschlauch. Nach Dosierung von Jodnatrium steht Patient nach einmonatiger Bettruhe auf; doch dauerte es noch einen Monat, bis sein Gang wieder normal wurde.

Erst vier Monate nach Anwendung des Fibrolysins konnte er wieder reiten. Seither ist er ganz gesund. Patient machte vor 18 Jahren Lues durch. Das Fibrolysin rief bei ihm Gehirnhyperämie hervor, doch ist es möglich, dafs der Patient neben dem Gehirn auf den Hüllen oder im Gehirn selbst infolge der Lues ein Narbengewebe hatte, das unter der Wirkung des Fibrolysins aufgedunsen und weich geworden ist und dafs dies die Gehirnsymptome hervorgerufen hat. Aber für diese Annahme war kein Grund verhanden. Die unangenehmen Nebenwirkungen des Fibrolysins sind: Fieber, Schüttelfrost; in einzelnen Fällen trat purpuraartiger Ausschlag auf, gewöhnlich nach der fünften Injektion; bei schweren Vergiftungserscheinungen, Erbrechen, Delirieren, Herzschwäche, Anurie. Ein anderesmal zeigte sich Erbrechen; Schwindel nur vorübergehend. Mendel fand in der grofsen Empfindlichkeit für dieses Mittel eine Erklärung für diese Symptome. Keinenfalls darf man die ganze Phiole benutzen, man gebe lieber halbe Dosen. Verfasser benutzte das Mittel seither, ohne dafs er Unannehmlichkeiten beobachtet hätte. Die Harnröhrenverengerung des Patienten wurde nach Fibrolysininjektionen weich und der Katheter konnte leicht eingeführt werden. Patient hatte auf dem Halse ein kinderfaustgrofses Keloid, das infolge der Injektion verschwunden ist. *Porosz-Budapest.*

Ein neues Urethrotom, von F. Legueu. (*Presse méd.* 1911. Nr. 58.) Es handelte sich um eine Modifikation des Instrumentes von Maisonneuve, mit der es gelingt, gleichzeitig vier Einschnitte nach verschiedenen Richtungen zu machen.

Gunsett-Strafsburg.

Neues Urethrotom, von Le Clerc-Danday. (*Policlinique.* 1911. Nr. 6.) Durch die Striktur wird erst ein filiformes Bougie eingeführt und dann eine geriefte Sonde, die vorne eine Öffnung hat, durch die die Leitsonde gezogen wird. Das filiforme Bougie wird entfernt, die Urethrotomie vorgenommen und schliefslich mittels der Leitsonde die Dauersonde eingeführt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die endourethrale Massage, von J. Sellei-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 29.) Die endourethrale Massage mit glatten oder gerillten oliven- oder knopfartigen Massierstäben aus biegsamem Metall ist indiziert, wo: 1. die Resorption circumscripter oder diffuser Infiltrationen und 2. die Expression von Retentionsherden bezweckt wird. Es soll eine Harnröhrenspülung nachfolgen. Die Harnröhrenmassage in der Pars prostatica soll nur unter urethroskopischer Kontrolle erfolgen.

Arthur Schucht-Danzig.

Vergleich der keimtötenden Wirkung einiger Harnröhrenheilmittel, von J. Bayard Clark und L. A. Wylie-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 5.) Bekanntes. *Schourp-Danzig.*

Die Blasenspülung in der Hand des Patienten, von W. Meyer-Wildungen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 22.) Verfasser hat eine durch Dampf zu sterilisierende, einfache und offenbar zweckmäfsige Vorrichtung herstellen lassen (Medizinisches Warenhaus, Berlin), mit welcher man den Patienten selbst seine Blasenspülung vornehmen lassen kann. Das Irrigatorgefäfs dient als Kochtopf; der Schlauch ist beim Sterilisieren an das Gefäfs angeschlossen, und der zu gebrauchende halbsteife Katheter wird in das untere Ende des Schlauches eingeführt und wird bei den sehr zweckmäfsigen Verschlufsvorkehrungen ebenso wie der nachher als Spülflüssigkeit für die Blase zu verwendende Inhalt des Irrigators durch das fünf Minuten lang fortgesetzte Kochen auf einer Gas- oder Spiritusflamme zuverlässig sterilisiert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das intermittierende Fieber in der Cystitis der Kinder. (*Semaine méd.* 1911. Nr. 31.) Fusco lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von intermittie-

rendem Fieber in Malariagegenden, das oft in keiner Weise mit Malaria zu tun hat, sondern auf einer Colicystitis beruht. *Gunsett-Strafsburg.*

Über funktionelle Hypersekretion der Blasenschleimhautdrüsen, von R. Oppenheimer-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 20.) Unter obiger Bezeichnung schildert Verfasser einen krankhaften Zustand, den er in fünf Fällen, sämtlich Frauen, bisher zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Die klinischen Erscheinungen deuten auf chronische Cystitis: es wird über Brennen in der Harnröhre geklagt, das meist während, seltener nach der Miktion auftritt, und es besteht meist vermehrter Urindrang, der aber nachts nicht hervortritt. Die cystoskopische Untersuchung lieferte folgendes Bild: Am Boden der Blase dicht hinter dem Sphinkter in den vorderen Partien des Trigonum fanden sich deutliche Schleimmassen, bald klumpig, bald in Form kleinster, locker aufsitzender Auflagerungen verstreut. Diese Schleimmassen liefsen sich auch durch ausgiebige Spülungen nicht entfernen. Dabei war die Schleimhaut selbst durchaus normal. Der Urin war klar, enthielt nur kleine Partikelchen in Suspension und ganz spärlich Leukocyten. Verfasser erklärt diesen Symptomenkomplex als eine Hypersekretion der an der Blasenmündung lokalisierten Schleimdrüsen infolge allgemeiner Neurasthenie. Die von ihm beobachteten Kranken waren sämtlich entschieden neurasthenisch. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Entstehung der sogenannten echten Divertikel der Harnblase, insbesondere des Blasengrundes, nebst Beiträgen zur Lehre von der Pathologie der Muskulatur und elastischen Gewebe in der Harnblase, von Shichitaro Sugimura-Japan. (*Virchows Arch.* Bd. 204, Heft 3.) Bei der Entstehung des echten diffusen Divertikels am Blasengrund hinter dem Ligamentum interuretericum spielt einerseits die angeborene und andererseits die erworbene Schwäche der Muskelhaut eine wesentliche Rolle. Bei vorgerücktem Alter kommt sehr häufig eine pathologische Wucherung des interstitiellen Muskelbindegewebes mit Vermehrung der interstitiellen Gefäfschen vor. Die Muskelfasern sind durch das wuchernde Bindegewebe und noch stärker wuchernde elastische Gewebe umlagert und gehen schliefslich zugrunde. Die Wucherung der Elastica geht Hand in Hand mit der Veränderung und dem Schwund des Muskels und substituiert ihn. Dieser Prozefs kommt häufig nach dem 50. Lebensjahr vor, manchmal in Kombination mit arteriosklerotischer Veränderung der gröfseren Harnblasengefäfse. *Schourp-Danzig.*

Über Blasenektopie, von E. Rehn-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 26.) Verfasser berichtet über zwei operativ behandelte Fälle von Blasenektopie, die er genauer zu untersuchen Gelegenheit hatte. Der eine Patient war von v. Brahmann operiert, der andere von Lexer unter Mitwirkung von R. Bei diesem wurde ein besonderes Verfahren eingeschlagen mit Freimachen der hinteren Blasenwand retroperitoneal bis zur Einmündung der Ureteren und Ablösung der Recti (nach Schlange) zusammen mit einem Stück der Symphyse zur Bildung des vorderen Abschlusses. Bei beiden Patienten war der Erfolg äufserst anerkennenswert, indem die Blase eine Kapazität um 60 bzw. 100 ccm hat, und die Inkontinenz vermittels einer Prothese hinreichend verhütet werden kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Rupturen der Harnblase, von Rudolf Paschkis-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 37.) Sechs Fälle. Darunter drei bei Lithotripsien; in einem vierten Fall trat Blasenruptur ein bei der Entfernung eines Katheterfragmentes. In dem fünften Falle bestand bei malignem Nierentumor eine so gewaltige Blutung, dafs unter Überdehnung der chronisch entzündeten Blase multiple Schleimhautrupturen auftreten, welche durch notwendige Massenspülungen der Blase sich vergröfserten und vertieften bis unter folgender eitriger Pericystitis und Peritonitis der Tod eintrat.

Der sechste Fall betraf eine Spontanruptur aus unbekannter Ursache, vielleicht auf Grund einer Polyneuritis oder einer anderen Nervenaffektion. *Schourp-Danzig.*

Inkomplette Harnblasenruptur, von MORITZ COHN-Berlin. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 109, Heft 5—6.) Fall von unvollständiger, subperitonealer Blasenruptur nach einem Trauma. Allgemeine Bauchsymptome fehlen in solchen Fällen; bei einem gewissen Füllungszustande der Blase tritt eine deutliche Bauchdeckenspannung auf, welche auf eine Reizung des Bauchfelles an der Blasenrifsstelle hinweist, welche aber nach Entleerung der Blase wieder verschwindet. Am zweiten bis dritten Tag verläuft die Krankheit unter dem Bilde der allgemeinen Bauchfellentzündung. Nur die Anamnese deutet den Ausgangspunkt der Peritonitis an. Möglichst frühzeitiger operativer Eingriff und Naht der Rifsstelle beugen am sichersten der Urininfiltration der Blasenwand vor. *Schourp Danzig.*

Ein Mittel, um Blutungen von inoperablen Neubildungen der Blase in Schach zu halten; nebst Beobachtungen, die die Wirkung der Trypsinbehandlung und der HODENPYL-Serumtherapie zeigen, von L. B. BANGS-New York. (*Med. Record.* 19. Juli 1911.) Verfasser empfiehlt warm das schon von ESMARCH zu diesen Zwecken angegebene Creolin, sowohl in Form heifser Eingiefsungen wie tropfenweiser Instillation. Die Blutstillung hat nicht blofs einen ausgezeichneten psychischen Effekt auf den Kranken, sondern erhält ihn auch sichtlich bei Kräften und ist infolgedessen oft die Ursache monatelangen Wohlbefindens und subjektiver Besserung.

Verfasser hat in einzelnen Fällen die Behandlung mit Trypsin und in anderen die Behandlung nach HODENPYL probiert; Fälle, die zwar vorübergehend sich zu bessern schienen, aber schliefslich ad exitum kamen; auch in diesen Fällen glaubt Verfasser, dafs die Besserung nur der gleichzeitigen Creolinbehandlung zuzuschreiben ist.

Die „HODENPYL-Behandlung" besteht in subcutanen oder intravenösen Injektionen von Ascitesserum; Injektionen, die lange Zeit fortgesetzt werden sollen, keinerlei Schädigungen, auch keine sekundäre Toxämie hervorrufen, aber das Krebsgewebe nekrotisieren. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Statistik und Kasuistik der Blasensarkome, von CHASSIA MUNWAS. (Inaug.-Dissert. Zürich 1910.) Mitteilung eines Falles (77jährige Frau) und tabellarische Übersicht über 106 Fälle aus der Literatur. *Fritz Loeb-München.*

Papilläres Carcinom der Blase mit Metastasen in Tarsus und Metatarsus, von GEORGE ERETY SHOEMAKER-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 27. Mai 1911.) Der Fall betraf eine 69jährige Frau und die Metastasen am Fufse traten in der kurzen Zeit von drei Wochen, nachdem die Blasengeschwulst operiert worden war, auf; trotz Amputation stellte sich bald Rezidiv ein und Patientin ging 14 Monate nach der ersten ärztlichen Untersuchung an Erschöpfung zugrunde. Verfasser hält es für zweifellos, dafs die Metastasen auf dem Wege der Lymphgefäfse zustande kamen; das allgemeine Gesetz, dafs Metastasen dem Typus der Primärläsion folgen, ist durch den vorliegenden Fall gut illustriert. Ebenso erhellt aber auch durch die drohende Weiterverbreitung auf dem Wege der Lymphgefäfse die grofse Gefahr der Probeexzisionen (aus Brust-. Gebärmutterkrebsen), wenn nicht gleichzeitig ausgiebiger Gebrauch vom Kautherisieren gemacht wird. *Stern-München.*

Totale Blasenexstirpation bei Carcinom, von KURT FRANK-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 37.) Fall eines infiltrierenden Blasencarcinoms bei einer 47jährigen Frau. *Schourp-Danzig.*

Eine Drainagevorrichtung für Sectio alta vesicae, von L. MACGAVIN. (*Brit. med. Journ.* 6. Mai 1911.) Der hier beschriebene und abgebildete Apparat besteht aus einem äufseren und einem inneren Rohre, von denen das erstere durch zweckmäfsige Vorrichtungen an die Abdominalwand fest angeheftet werden kann, während das innere

Rohr beliebig weit in die zu drainierende Kavität eingeführt und in passender Stellung festgehalten werden kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen ungewöhnlichen Fall von Tumormetastasen, von J. Kyrle-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 39.) Bei einem 41jährigen Manne fand sich in der Mittellinie des Scrotum ein knochenharter Strang, der eine deutliche Gabelung erkennen liefs und sich mit den beiden Enden dieser Gabeln allmählich in der Haut des Scrotums verlor. Da sonst an keinem Organ etwas Pathologisches nachzuweisen war und Beschwerden irgendwelcher Art nicht bestanden, wurde die Sache für gutartig gehalten, aber operativ entfernt. Die histologische Untersuchung ergab die Diagnose Adenocarcinom, und zwar wurde aus der Lagerung der Neoplasmaelemente (besonders in den Lymphspalten) auf eine Metastase geschlossen. Der nicht nachweisbare Tumor wurde als intestinal angenommen.

Bei einer kürzlich vorgenommenen Nachuntersuchung bot denn auch der Patient das Bild einer Kachexie mit Ikterus und durch die Bauchdecken hindurch palpablen grofsen Tumoren in der Lebergegend. *W. Lehmann-Stettin.*

Elephantiasis des Scrotums und des Penis nach Extirpation der Leistendrüsen, von Nicoletti. (*Soc. ital. di Chir. Roma.* April 1911.) Die Leistendrüsen waren zwölf Jahre vorher extirpiert worden. In dieser Zeit entwickelte sich eine derartige Elephantiasis, dafs der Patient nicht nur an seinen Genitalfunktionen, sondern sogar an der Arbeit gehindert wurde. Der Patient wurde nach der Methode von Delpech operiert und geheilt. *Gunsett-Strafsburg.*

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Über Entwicklungsstörungen der männlichen Keimdrüsen im Jugendalter von Josef Kyrle-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Umfangreiche histologische Untersuchungen, die einen ganz auffälligen Prozentsatz unterentwickelter Hoden ergaben: von 110 Fällen waren 86 hochgradig unterentwickelt, und auch von den übrigen konnten eigentlich nur zehn als absolut sicher normal bezeichnet werden. Da bei zahlreichen Fällen keine Erkrankung für die Entwicklungsstörung verantwortlich gemacht werden konnte, und sich auch sonst keine erkennbare Ursache nachweisen liefs, mufs angenommen werden, dafs viele Kinder mit unterentwickelten Keimdrüsen geboren werden, und dafs vielleicht gerade diese minderwertigen Individuen durch eine Art von Selektion frühzeitig wieder ausgeschaltet werden.

W. Lehmann-Stettin.

Einflufs der Röntgenstrahlen auf den Hoden des Kaninchens und Hahns, von S. Hida und K. Kuga-Japan. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. 17, Heft 2.) Die Schlufssätze der experimentellen Arbeit lauten: 1. Die Röntgenstrahlen wirken wie bei den Hoden des Kaninchens, ebenso auch bei dem des Hahns unmittelbar auf die Samenzellen ein und erzeugen in ihnen hochgradige Degeneration. 2. Die Schädigung des Hodenparenchyms beim Hahn fängt in der nächst gelegenen Partie an. Die Degeneration tritt nicht gleichmäfsig und durchweg, sondern herdweise auf. 3. Die Degeneration der Zellen erfolgt zuletzt, sie ist desto stärker, ein je längerer Zeitraum zwischen der letzten Bestrahlung und ersten Untersuchung liegt. 4. Die Degeneration der Zellen beginnt mit den Spermatogonien, dann folgen die Spermatocyten und zuletzt die Spermatiden. 5. Die Spermatozoen erweisen sich längere Zeit hindurch widerstandsfähig und verschwinden erst dann, wenn die samenbildenden Zellen vernichtet sind. 6. Die Hoden des Hahns haben eine relativ starke Radiosensibilität.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von linksseitigem Doppelhoden, von Franz Widhalm-Steyr. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 23.) Bei der Leistenbruchoperation eines 47jährigen

Mannes fand sich, dafs der Mann drei Hoden, zwei Nebenhoden und drei Ductus deferentes besafs. *Schourp-Danzig.*

Kasuistik der Hodentumoren, von L. BERDITSCHEWSKY. (Inaug.-Dissert. Berlin 1911.) Aus der mitgeteilten Kasuistik zieht Verfasser folgende Schlufsfolgerungen: Die malignen Geschwülste des Hodens: Sarkome, Carcinome, Mischformen, kommen viel häufiger vor als die Homologen. Im Laufe des letzten Dezenniums fand Verfasser in der chirurgischen Universitätsklinik der Kgl. Charité in Berlin (Prof. HILDEBRAND) keinen einzigen homologen Tumor. Die Tumoren ergreifen fast immer nur einen Hoden. Das Alter zwischen dem 30. bis 50. Jahre scheint besonders zu diesen Neubildungen am Hoden disponiert zu sein. Diese Tatsache ist bereits in allen kasuistischen Tatsachen festgestellt worden. Die Prognose der bösartigen Hodengeschwülste ist sehr ungünstig; schnelles Auftreten von Metastasen und Rezidiven. Nur die Kastration kann als Therapie der Hodentumoren in Betracht kommen. *Fritz Loeb-München.*

Eine Dermoidcyste des Hodens, von E. G. HUGHES-Manchester. (*Lancet.* 2. Sept. 1911.) Ein 35jähriger Kommis kam wegen einer seit der Kindheit bestehenden Vergröfserung des rechten Hodens in Behandlung. Die Schwellung hatte in der letzten Zeit merklich zugenommen; die Mafse waren 7,2×4,8 cm. Das mit gutem Erfolg exzidierte Organ enthielt eine Dermoidcyste, deren makro- und mikroskopische Einzelheiten den Hauptmomenten nach geschildert sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Chorionepitheliombildung des Hodens ohne Teratombildung, von FRANZ SIGL. (Inaug.-Dissert. München 1910.) Bericht über zwei Fälle aus der Literatur und über einen eigenen Fall. Es dürfte sich um ein Teratom handeln, in welchem das einseitig entwickelte Chorionepitheliomgewebe die übrigen Teratombestandteile vollständig überwuchert und zerstört hat. *Fritz Loeb-München.*

Experimentelle Beiträge zur Hodentuberkulose, von W. TYLINSKI-Petersburg. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 110, Heft 4—6.) An erwachsenen Kaninchenböcken konnte der Verfasser die Möglichkeit der Lokalisation der Tuberkulose in einem bis dahin gesunden Hoden unter dem Einflufs von einem stärkeren Trauma experimentell erweisen. Der Prozefs lokalisiert sich dabei im interkanalikulären Bindegewebe, kann sich aber weiter auf dem Wege der Kanälchen verbreiten. Die Lokalisation begünstigende Wirkung der Samenstauung für die Tuberkulose des Hodens ist nicht bewiesen, und sogar eine bereits verlaufende Tuberkulose wird im Experiment durch hinzukommende Stauung nicht in merklicher Weise beeinflufst. Das unmittelbare Übergreifen der Krankheit von einem Hoden auf den anderen durch die Samenwege bleibt ebenfalls unbewiesen. Die Verbreitung der Hodentuberkulose durch die Samenwege in der Stromrichtung wird durch T.s Versuche bestätigt. Die Verbreitung gegen den Strom bleibt unerwiesen, weil die scheinbar dafür sprechenden Experimente eine andere Erklärung zulassen — nämlich diejenige der Verbreitung auf dem Lymphwege. *Schourp-Danzig.*

Tuberkulose des Hodens. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 62, 64 und 67.) Eine zu Lehrzwecken zusammengestellte Arbeit ohne neue Tatsachen. *Gunsett-Strafsburg.*

Beitrag zum Studium der Wiederherstellung der Funktion bei Unterbrechung der Samenwege (im Anschlufs an einen Fall von Anastomose des Vas deferens mit dem Testikel nach Epididymektomie wegen Tuberkulose beim Menschen), von GIULIO SINIBALDI. (*Il Morgagni.* 1911. Nr. 6.) Der Verfasser hält aus seinen mikroskopischen Befunden eine Rekanalisation des Spermas auf dem Wege einer Anastomose zwischen Testikel und Vas deferens nicht für unmöglich, glaubt aber, dafs die Gefahr grofs ist, dafs hierdurch die Tuberkulose auf den Testikel übertragen wird, so dafs auf die anfangs konservative Operation der Epididymektomie

(bei Tuberkulose des Nebenhodens) später noch die Totalextirpation des Hodens folgen mufs. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Ectopia testis perinealis, von P. Salomon. (Diss. Freiburg 1910.) Es sind im ganzen etwa 87—88 Fälle von Ectopia testis perinealis in der Literatur bekannt, von denen Weinberger (*Zbl. f. d. Krh. d. Harn- u. Geschl.-Org.* 1899) 73 Fälle in einer Tabelle zusammengestellt hat. Was die Entstehung der Ectopia testis betrifft, so herrschen verschiedene Ansichten. Die weitaus gröfste Zahl der Dammhoden ist angeboren; diejenigen Fälle, die ältere Individuen betreffen, sind entweder der Entdeckung jahrelang entgangen, oder sie sind tatsächlich erst später entstanden und zwar durch Trauma. Zweifellos kann die Ectopia testis perinealis auch erworben werden und zwar durch mechanische Momente und Traumen. Von allen Fällen trat nur in zweien die Ectopia perinealis doppelseitig auf. In einem Falle hatten zwei Söhne eines normalen Vaters diese gleiche Verlagerung des Hodens nach dem Damm. Zum gröfsten Teil angeboren, ist die Ectopia perinealis mit gröfster Wahrscheinlichkeit bedingt durch einen verspäteten Descensus testiculi und eine dadurch hervorgerufene ungenügende und dem normalen Descensus nicht günstige Entwicklung des Hodensackes. Primäre Veränderungen des Scrotums sind zum mindesten stark anzuzweifeln. Es steht ferner fest, dafs, wenn der normale Weg nicht gangbar ist, jede Einwirkung, und sei es auch nur die Schwere, den Hoden abwärts treibt und dafs auf diese Weise aus einem Leistenhoden nach vielen Jahren ein Dammhoden entstehen kann, wie es von verschiedenen Autoren einwandsfrei berichtet worden ist. Darnach ist die Ectopia testis eine Hemmungsmifsbildung. Es ist ferner nicht zu bezweifeln, dafs diese Abnormität durch einwirkende mechanische Momente (Traumen) erworben werden kann.

Die Lage der Dammhoden ist im grofsen und ganzen eine typische. Der Hoden liegt in der Regel hinter dem Scrotum und $\frac{1}{2}$—1—$1\frac{1}{2}$ Zoll vor dem Anus; in einigen wenigen Fällen lag er mehr zur Skrotofemoral- oder Kruroskrotalfalte in der Höhe der Peniswurzel hin. In drei Fällen lag er mehr in der Nähe des Tuber ischii, in drei Fällen schien er sogar dem Tuber ischii anzuliegen. Die Frage, ob der in dem Damm ektopierte Hoden normal oder mifsgebildet ist, hat für die Beurteilung mancher Fragen, z. B. der Ätiologie, Prognose und Therapie die gröfste Bedeutung. Die diesbezüglichen Angaben der Verfasser sind aber ungenau und unzuverlässig, weil sich ihr Urteil zum allergröfsten Teil nur auf makroskopische Beobachtungen stützt. Selbst in den wenigen Fällen, wo die Kastration ausgeführt wurde, ist keine mikroskopische Untersuchung gemacht worden. Es scheint, dafs der Dammhoden, wenn sonst keine Veränderungen oder Komplikationen vorhanden sind, im Gegensatz zu dem Leistenhoden nicht atrophisch wird. Entzündete Hoden werden selbstverständlich atrophisch. Der Dammhoden ist, wenn er nicht durch ein Trauma entstanden ist, in der Dammgegend vollkommen beweglich und verschieblich; in einigen wenigen Fällen findet sich die Angabe, dafs er zwar beweglich ist, in das Scrotum aber nicht zurückgebracht werden kann, weil ein sich anspannendes Band diese Ortsveränderung verbietet; dieser Strang wird für das Gubernaculum gehalten; übereinstimmend aber wird angegeben, dafs der Testikel, wenn er auch in das Scrotum zurückgebracht werden konnte, sofort wieder auf seinen alten Platz zurückschnellte. Es sind Fälle bekannt, bei denen der Nebenhoden gröfser war als der zugehörige Hoden. Nur zweimal fand Verfasser Angaben in der Literatur, die auf entzündliche Veränderungen des ektopierten Hodens schliefsen lassen. Was die Symptome der Ectopia testis perinealis anbetrifft, so ist es sicher, dafs sie keine Symptome zu machen braucht. Sie kann überhaupt zufällig bei einer ärztlichen Untersuchung als Nebenbefund diagnostiziert werden, so gelegentlich des Steinschnittes oder beim Auftreten komplizierender Entzündungen oder Hernien-

Beschwerden oder Schmerzen können vollkommen fehlen und das ist sogar die Regel. Die Geschlechtsfunktion ist ungestört. Irgendwelche psychischen Störungen finden sich im Gegensatz zum Leistenhoden bei der Ectopia testis perinealis nicht.

Solange der Patient kein Gewicht auf seine Anomalie legt und nicht über Beschwerden klagt, liegt keine Indikation für irgendein sofortiges Eingreifen vor. Das beste therapeutische Mittel ist die blutige Reposition des ektopierten Hodens. Die ersten operativen Versuche einer Reposition der Hoden waren nicht erfolgreich. Da die Reposition der Ectopia testis perinealis eine lebenssichere und erfolgversprechende Operation ist, so steht ihrer Ausführung, wenn die Indikation gegeben ist, kein Bedenken entgegen. Die Kastration ist nur anzuwenden bei total atrophischem, Beschwerden verursachendem Organe und bei eventueller carcinomatöser Neubildung.

Fritz Loeb-München.

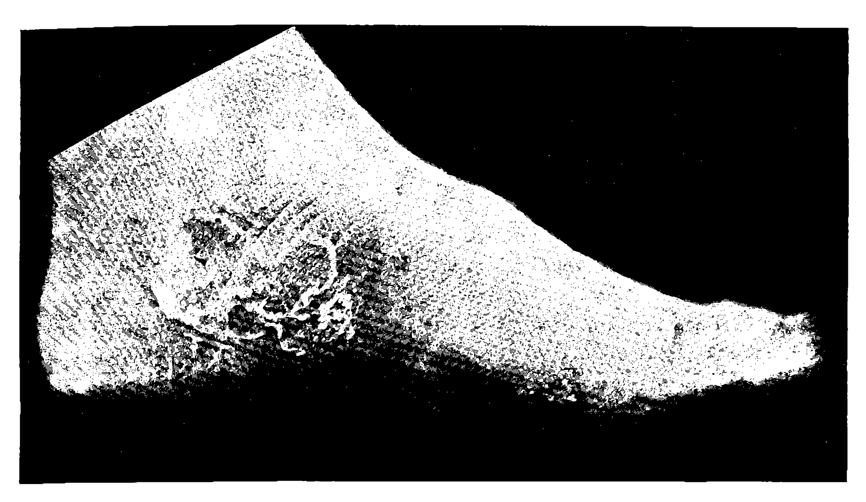
Verschiedenes.

Über papuläre Eruptionen der Mundschleimhaut, von Henry K. Gaskill-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 22. Juli 1911.) Die gewöhnlichsten dieser Mundpapeln sind die Koplikschen Flecken, die bekanntlich eine grofse Bedeutung als Vorboten von Masern erlangt haben, dann die sogenannte Fordycesche Krankheit — kleine, gelblichweifse Körperchen, in die Schleimhaut eingebettet und meist enge mit Talgdrüenerkrankungen der äufseren Haut zusammenhängend (mit Akne vulgaris, Rosacea, Ekzema seborrhoicum usw.) —; beide Affektionen sind ohne subjektive Beschwerden, bei letzteren ist die umgebende Schleimhaut nicht gerötet oder entzündet. Bei der weiteren Art, der Stomatitis aphthosa, sind der Lieblingssitz die Lippen und die gegenüberliegenden Zahnfleischstellen; die Rötung (der Umgebung) und die Schnelligkeit, mit welcher Ulceration eintritt, sind wichtige differentialdiagnostische Zeichen. Sprue oder Psilosis wird häufig in China, Java, Japan und anderen tropischen oder subtropischen Ländern angetroffen, besteht aus herpesähnlichen Bläschen auf der Mundschleimhaut und ist nur die Teilerscheinung einer Allgemein-, den ganzen Körper betreffenden Affektion. Bei der parasitären Stomatits, die eine häufige Affektion bei Kindern und eine Folge von Diätfehlern Unsauberkeit in der Mundpflege ist, und auch bei langwierigen Krankheiten, wie Tuberkulose, Typhus usw., auftritt, ist der mikroskopische Befund von Saccharomyces albicans ausschlaggebend. Bei heftigen Anfällen von Erythema multiforme ist die Schleimhaut des Mundes zuweilen befallen, und zwar in Form von papulösen, makulösen oder seltener vesikulösen Eruptionen; die Diagnose ist durch die Hautaffektionen gesichert. Als letzte der häufigen papulösen Affektionen der Mundschleim haut kommen die syphilitischen, die in ihrer ausgeprägten Form meist mit Lymphadenitis, Kopf-, Halsschmerzen usw. zusammenhängen und im allgemeinen unschwer von den eben beschriebenen zu unterscheiden sind. *Stern-München.*

Chlorkalk als Händereinigungsmittel in metallverarbeitenden Betrieben von J. F. Sacher. (*Soz. Med. u. Hygiene.* Bd. 6, Heft 7/8.) Sacher verteidigt den von ihm als Händewaschmittel empfohlenen Chlorkalk gegen die Einwendungen von Koelsch, da er nie Schädigungen der Haut gesehen hat. Er tritt auch für die prophylaktische Darreichung kleiner Sulfidmengen bei Bleiarbeitern ein.

Richard Frühwald-Leipzig.

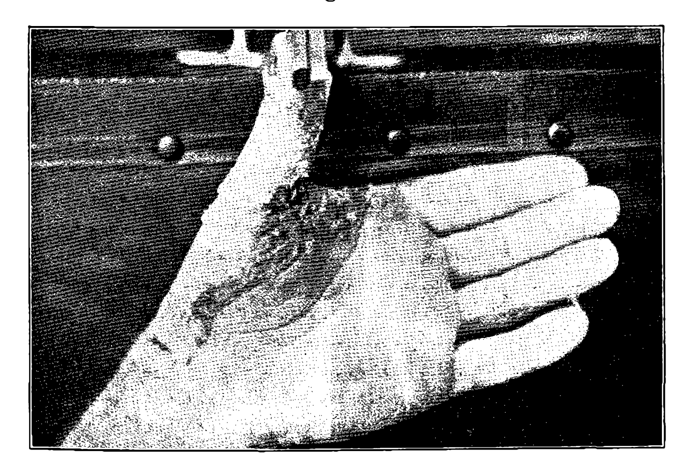
Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



Figur 1.



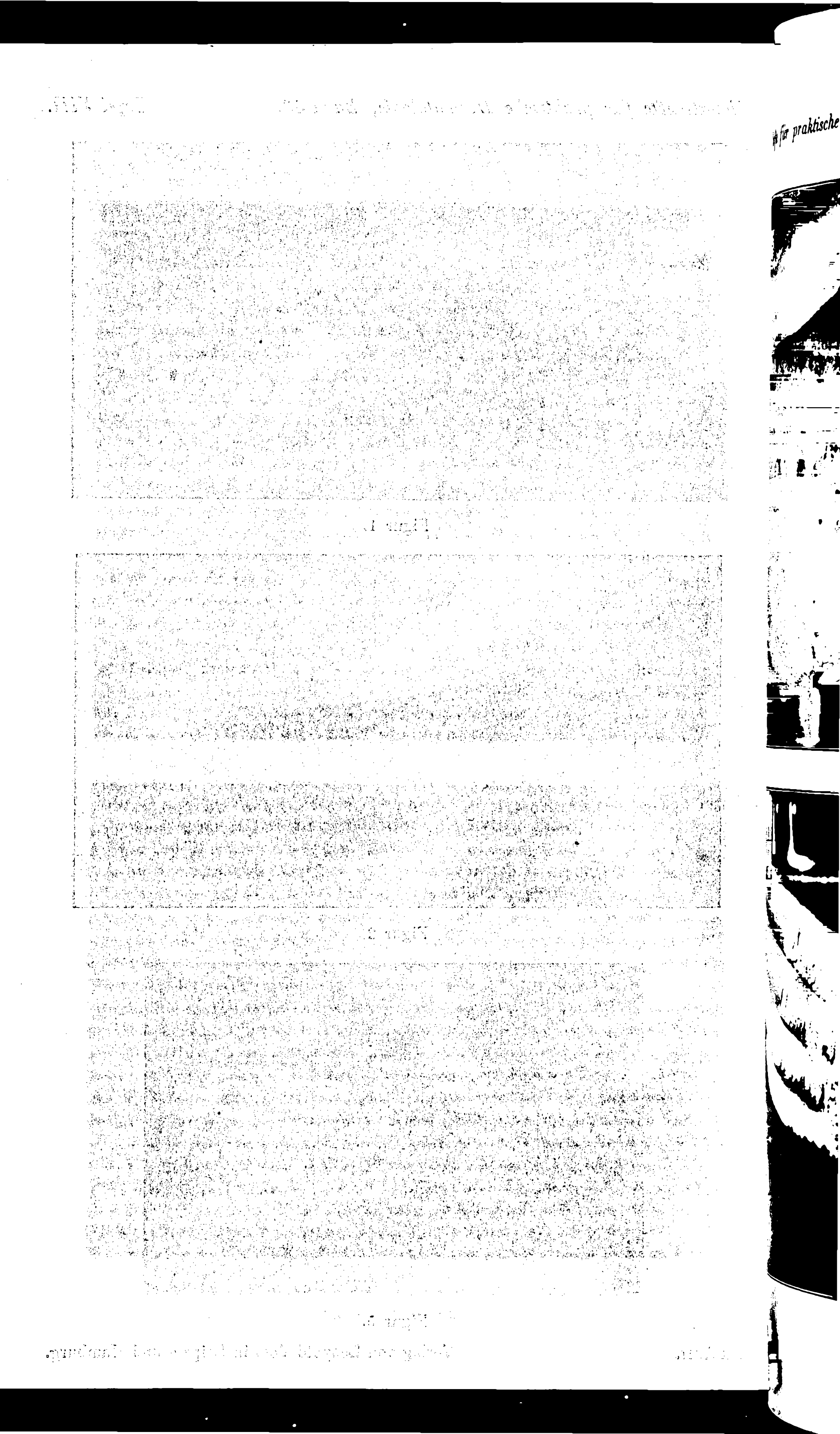
Figur 2.

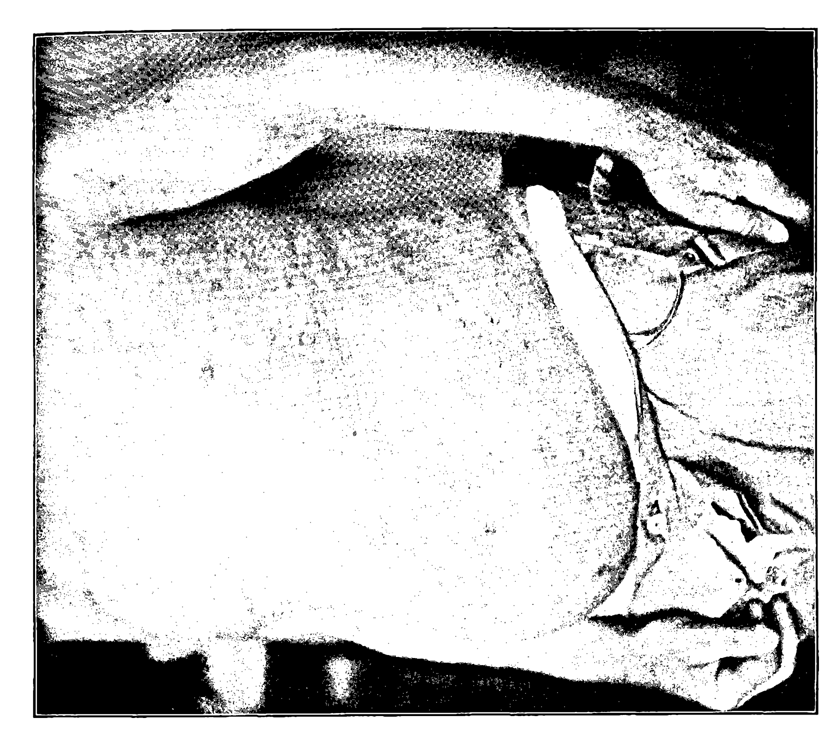


Figur 5.

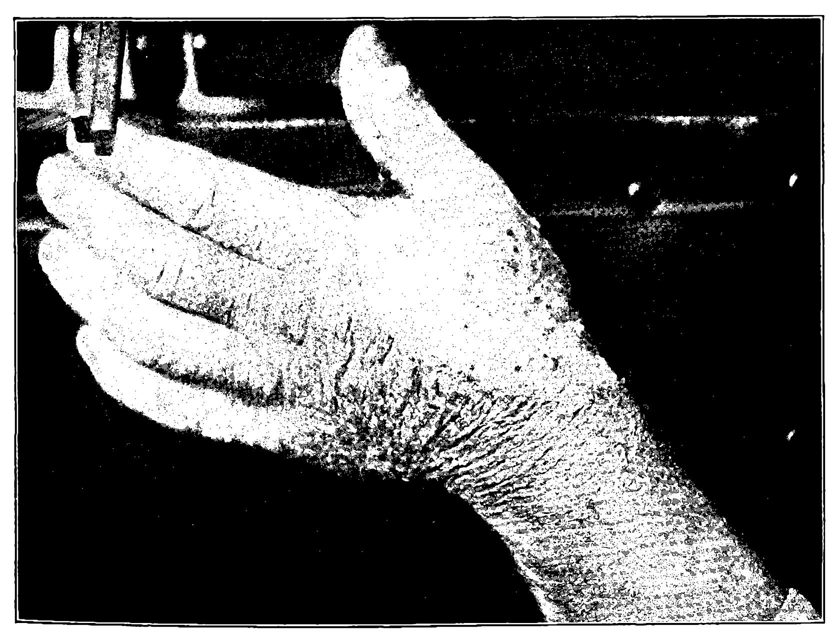
Sutton.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

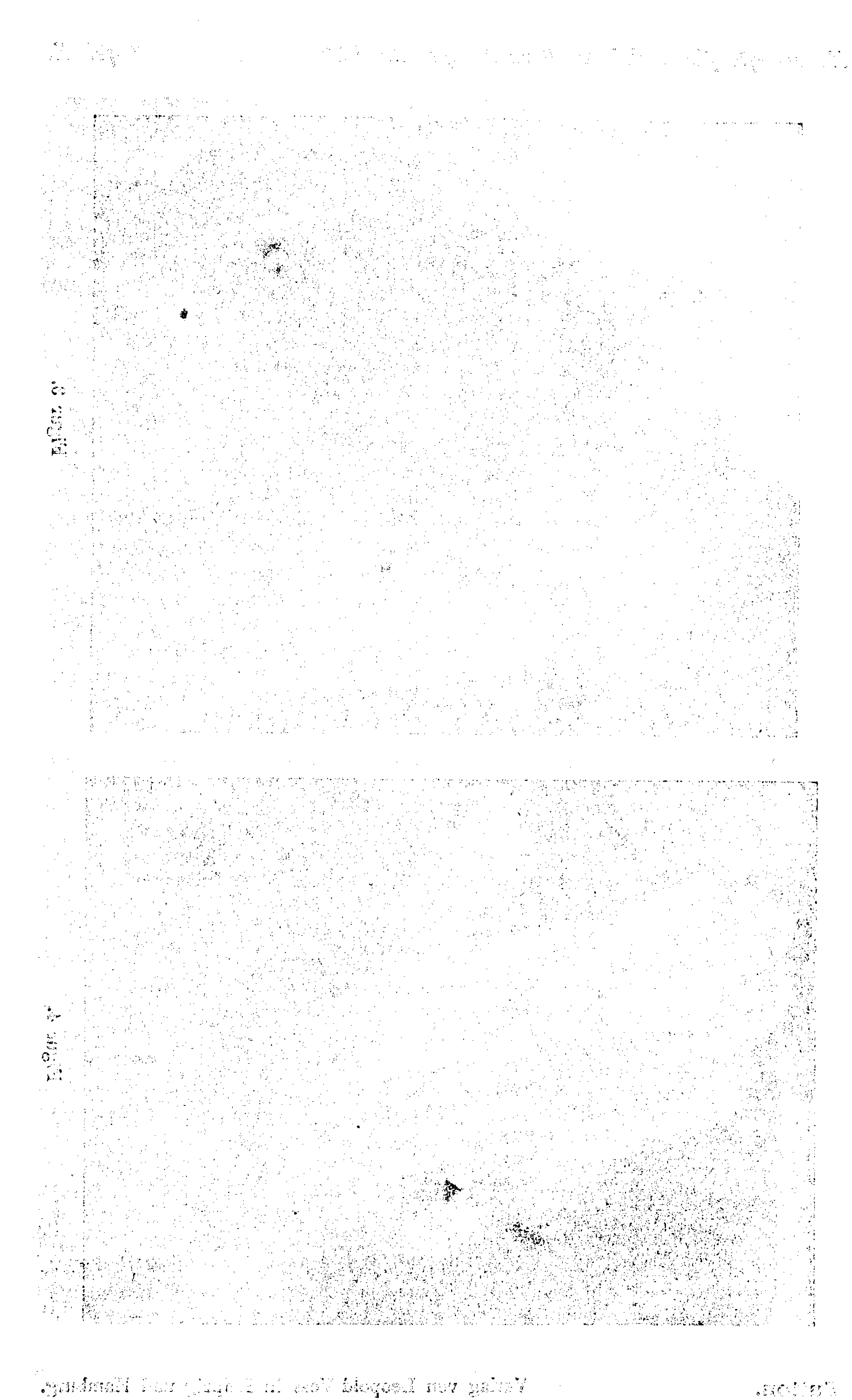


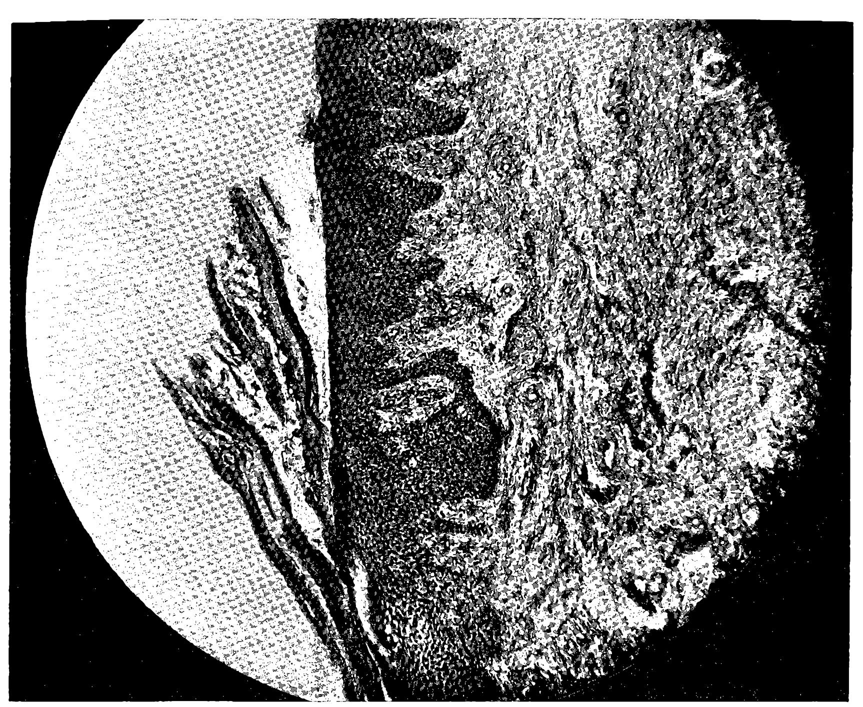


Figur 3.

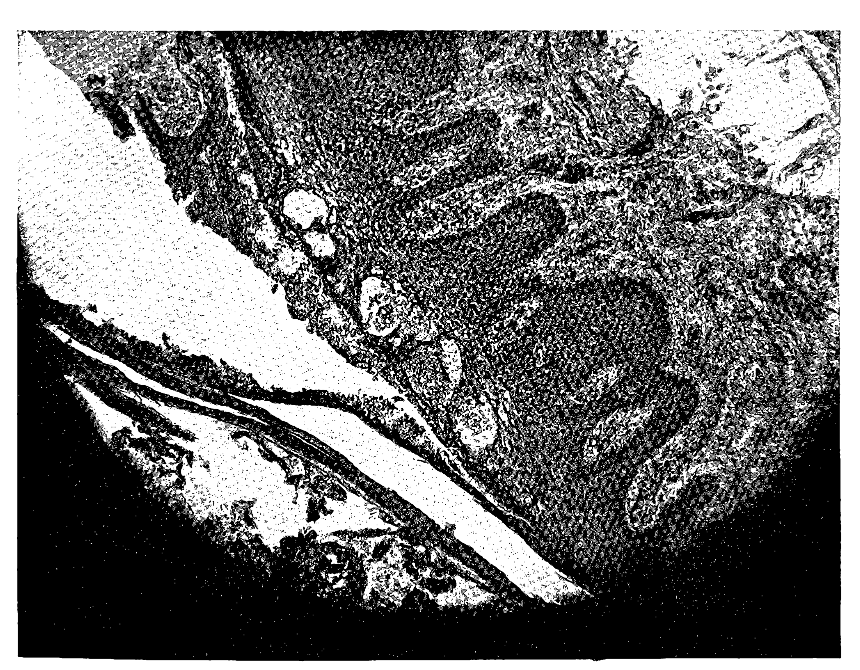


Figur 4.



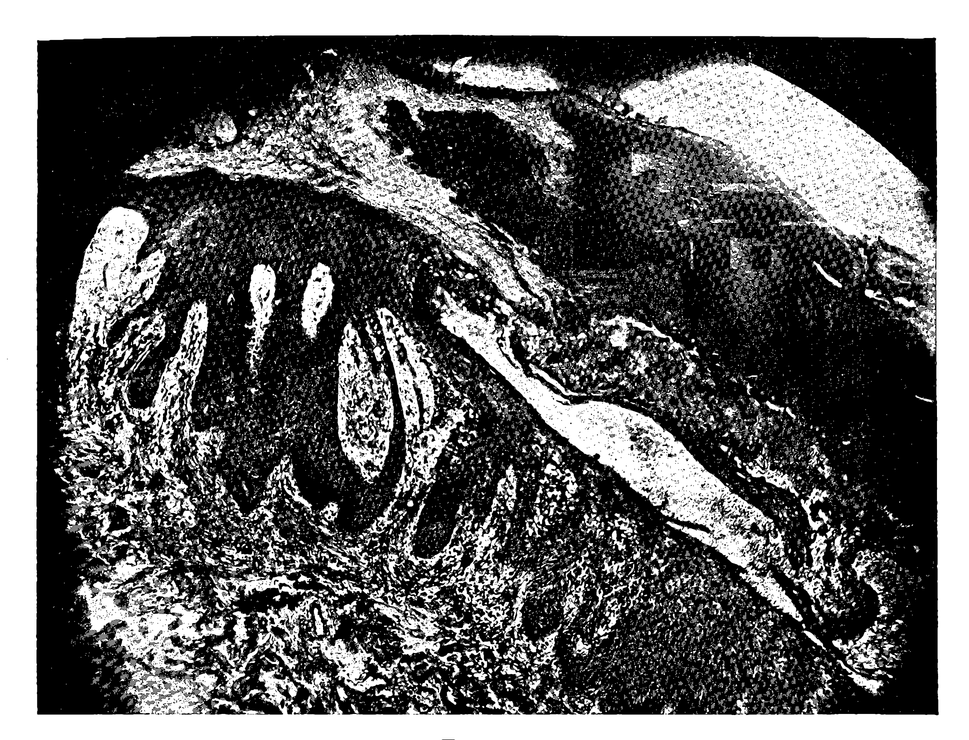


Figur 6.

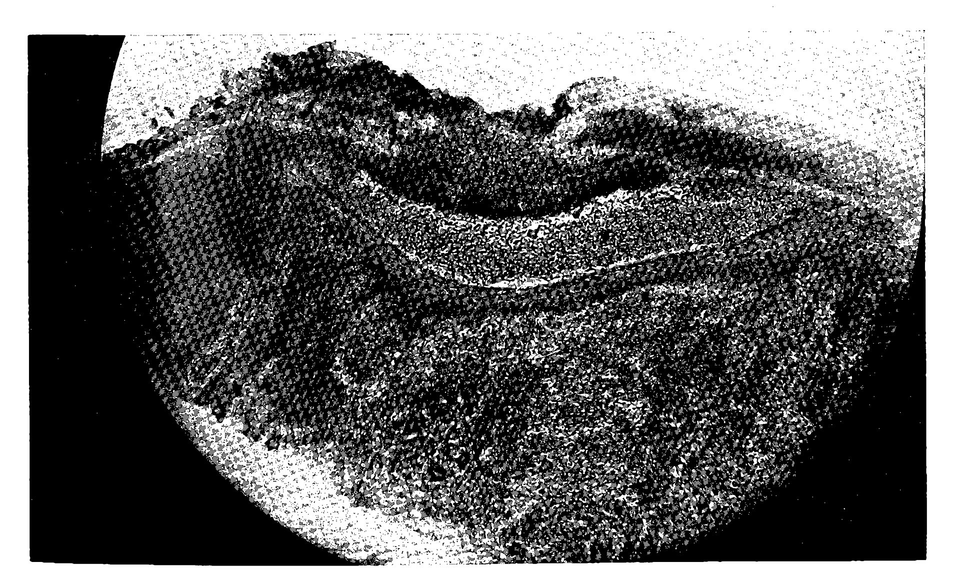


Figur 7.

Sutton. Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.



Figur 8.



Figur 9.

natshefte

[illegible]

[illegible] Laboratorium d[illegible]

Die Histologie

Profess[illegible]

[illegible] der Beurteilun[illegible]
[illegible]krankheiten, be[illegible]
[illegible] Erkrankung,
[illegible]gehende Beoba[illegible]
[illegible] die Überzeug[illegible]
[illegible] wirkt und durch
[illegible] bringt oder a[illegible]
[illegible] auf den ganzen
[illegible] Weise eine Vers[illegible]
[illegible] Kräfte verni[illegible]
[illegible] wirkt. Es ist
[illegible], auf welche
[illegible]produkte, näm[illegible]
[illegible] bringt.
[illegible] den bis jetzt bei
[illegible] läfst sich kaum
[illegible], es kann ehe[illegible]
[illegible]schaften, welch[illegible]
[illegible] werden m[illegible]
[illegible] überwältigt der
[illegible], wodurch [illegible]
[illegible] Lesser).
[illegible] dürfte auch nich[illegible]
[illegible], das sich bei a[illegible]
[illegible], allgemein
[illegible] Bd. 33.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 53. № 12. 15. Dezember 1911.

Aus dem Laboratorium der dermatologischen Klinik (Professor Reiss zu Krakau).

Die Histologie der syphilitischen Infiltrate nach der Salvarsananwendung.

Von

Professor Dr. Franz Krzysztalowicz.

Mit zwei Tafeln.

Bei der Beurteilung der Einwirkung eines beliebigen Mittels bei Infektionskrankheiten, besonders aber bei einer so eminent chronischen parasitären Erkrankung, wie der Syphilis, ist es von grofser Wichtigkeit, durch eingehende Beobachtungen und die zur Hand stehenden Untersuchungen die Überzeugung gewinnen zu können, ob dieses Mittel parasitotrop wirkt und durch Vernichtung der Mikroben die Krankheit zum Schwinden bringt oder aber ob wir es in diesem Falle mit einer Beeinflussung auf den ganzen Organismus zu tun haben, welcher auf irgendwelche Weise eine Verstärkung erfährt, die ihn schädigenden Mikroben durch eigene Kräfte vernichtet oder auf ihre weitere Entwicklung geradezu hemmend wirkt. Es ist auch wünschenswert sich darüber ein Urteil zu verschaffen, auf welche Art und Weise das angewendete Mittel die Krankheitsprodukte, nämlich in diesem Falle die syphilitischen Infiltrate, zum Schwinden bringt.

Von den bis jetzt bei Syphilis angewendeten Mitteln, d. h. Quecksilber und Jod, läfst sich kaum mit Sicherheit behaupten, dafs dieselben parasizid wirken —, es kann eher angenommen werden, dafs diese Wirkung auf die Eigenschaften, welche die Widerstandskraft des Organismus erhöhen, zurückgeführt werden mufs. In diesen Verhältnissen und unter diesen Einflüssen überwältigt der Organismus wahrscheinlich leichter und schneller die Infektion, wodurch eine natürliche Ausheilung herbeigeführt werden kann (Fritz Lesser).

Es dürfte auch nicht wundernehmen, dafs ein solches Präparat, wie Salvarsan, das sich bei anderen spirillären Krankheiten als stark spirillentötend erwies, allgemein mit wahrem Enthusiasmus aufgenommen wurde.

Und es ist auch allgemein bekannt, daſs die von EHRLICH eingeführte moderne Chemotherapie ein Mittel zu finden bezweckt, das, ohne zu stark organotrop zu wirken, die Infektionserreger zu töten und die Sterilisatio magna hervorzurufen imstande wäre. Die bezüglichen Tierexperimente mit Trypanosomen- und Spirillenkrankheiten, die anfangs vorgenommen wurden, haben zu glänzenden Resultaten geführt —; es lag also auch die Vermutung nahe, daſs diese Sterilisierung auch bei allen anderen spirillären Erkrankungen, hauptsächlich natürlich bei Syphilis auch bei Menschen in demselben Sinne sich als möglich erweisen wird. Aus den klinischen Observationen, wie auch aus dem Verschwinden der Effloreszenzen nach der Einverleibung des EHRLICH-HATAschen Mittels darf man noch nicht mit Sicherheit schlieſsen, daſs dem Präparate eine wirklich spirillotrope Wirkung zukommt, daſs wir es also in diesen Fällen mit einer sterilisierenden Eigenschaft des Mittels zu tun haben. Es könnte ebenso leicht angenommen werden, daſs in diesem Falle eine dem Quecksilber analoge, wenn auch viel intensivere Wirkungsart im Spiele ist. Das Umschlagen der positiven WASSERMANNschen Reaktion in die negative nach der Salvarsanbehandlung bildet auch keinen festen Beweis der spirillotropen Wirkung, da wir denselben Effekt auch durch Quecksilberkuren erreichen können und auſserdem auch noch beherzigen müssen, daſs das theoretische Prinzip dieser Reaktion bis jetzt nicht festgestellt ist.

Die Erwägungen aller dieser Momente müssen bei Betrachtung unseres Problems gewiſs von gröſster Bedeutung sein; man soll in erster Linie zu dem Urteil gelangen, inwieweit das Arsenobenzol parasitotrop wirkt, und zwar ohne gleichzeitig eine organotrope Wirkung zu entfalten, sowie auch ob sein therapeutischer Einfluſs durch eine organotrope Wirkung erklärt werden kann. Die durch FRITZ LESSER auf minutiösen klinischen Observationen basierenden Erwägungen, die meiner Meinung nach sehr richtig motiviert erscheinen, neigen eher der Meinung zu, daſs nach der Einführung des Salvarsans eine bedeutend gesteigerte Vitalität der Gewebszellen, d. h. eine starke organotrope Wirkung zustande kommt. H. C. PLAUT behauptet auch, daſs hier sicher nicht allein die lähmende Wirkung des 606 auf die Spirochäten die Krankheitssymptome beseitigt, sondern den Hauptanteil an der Heilung die Hilfskräfte des Organismus bewirken.

Ich hielt es also für zweckentsprechend, meine Untersuchungen auch in dieser Richtung zu unternehmen, um an den histologischen Bildern der syphilitischen Infiltrate die Einwirkung des Mittels zu studieren. Am nächsten lag die Untersuchung der syphilitischen Effloreszenzen kurz nach Einverleibung des Salvarsans, und zwar in demjenigen Moment, in welchem die Umänderung der Ausschläge schon im klinischen Bilde sichtbar war. Es wäre natürlich zu viel verlangt, aus diesen histologischen Bildern verschiedener luetischer Effloreszenzen über die Einwirkungsart dieses Prä-

parates ein entscheidendes Urteil fällen zu wollen —; dieselben können jedoch neben den experimentellen Beobachtungen an den injizierten Stellen einige Winke ergeben, auf welche Art und Weise dieses Arsenpräparat die syphilitischen Infiltrate beeinflufst bzw. dieselben zum Schwinden bringt.

Meine Untersuchungen betrafen acht Fälle von Syphiliseffloreszenzen, die in den nächsten Zeilen mit kurzer Angabe des klinischen Stadiums und des histologischen Bildes ihre Erwähnung finden.

1. Julian P., 22 Jahre alt.

Syphilis maculosa trunci, condylomatosa labii oris, nasi, scroti, ad anum et inter digitos. pedis utrinsque. Sclerosis initialis ambustiformis praeputii.

Die Initialsklerose dauert seit 2½ Monaten.

13. Oktober 1910. Inj. intramuscularis Salvarsan 0,60 g in leicht alkalischer Lösung (4 ccm).

Der Initialaffekt, welcher einen grofsen Teil des Präputiums in Anspruch nahm, hat sich in einigen Tagen nach der Einspritzung etwas verkleinert und ist weicher geworden, die Exulceration hat sich gereinigt und begann sich von den Rändern mit Epithel zu decken.

18. Oktober. Excisio sclerosis initialis praeputii.

Die in den Präparaten sichtbare Infiltration betrifft die ganze Haut von den Papillen bis zum subcutanen Gewebe; man erkennt jedoch, dafs sie durch Zusammenfliefsen einzelner, die Gefäfse umgebender Infiltrate, welche noch an den Rändern sichtbar sind, entstanden ist. Die Infiltrate sind hauptsächlich aus Plasmazellen, welche dicht nebeneinander liegen, zusammengesetzt. Bei genauer Beobachtung überzeugt man sich leicht, dafs sich diese Plasmazellen von den normalen einigermafsen unterscheiden. Nur ein kleiner Teil dieser Zellen erweist nämlich normal gefärbtes Cytoplasma, bei der Mehrzahl derselben ist das Granoplasma in weit kleinerer Menge vorhanden, wodurch das Spongioplasma stellenweise in der Zelle deutlicher zum Vorschein kommt. (Färbung mit polychr. Methylenblau — Karbol + Pyronin + Methylgrünmethode.) Es sind hier daher die auf solche Weise veränderten Plasmazellen zu sehen, wie sie im Granulationsgewebe vorzukommen pflegen. Denn neben geschwollenen und sich schwächer färbenden Zellen befinden sich auch solche, deren Cytoplasma dieselben mehr den Bindegewebszellen als den Plasmazellen ähnlich macht, deren Kerne aber beweisen, dafs sie doch aus Plasmazellen entstanden sind. Das Spongioplasma solcher Zellen ist stark entwickelt, das Granoplasma nur hier und da in der Zelle gruppiert. Die Konfiguration der ersten Art ist noch kugelig oder oval, die anderen Zellen aber besitzen unregelmäfsige Umrisse, weil sich an manchen Zellen kleine oder gröfsere Ausläufer zu bilden beginnen. Die mit Ausläufern versehenen Zellen zeichnen sich eben durch einen starken Schwund von Granoplasma aus.

Die Kerne aller dieser oben beschriebenen Zellen haben aber den allgemeinen Typus der Plasmazellenkerne beibehalten, denn die für diese letzteren charakteristische Chromatinfigur ist mehr oder weniger deutlich ausgeprägt. In der Mehrzahl der beschriebenen Zellen, deren Cytoplasma von der Norm der Plasmazellen abweicht, sind die Kerne mehr oder weniger chromatinarm, weshalb dieselben auch heller gefärbt und mit unregelmäfsiger Chromatinfigur zum Vorschein kommen. Neben derartigen granoplasmaarmen Zellen befinden sich aber Plasmazellenkerne, von denen die einen als noch gut erhalten, obwohl geschwollen und blasser gefärbt zu erkennen sind, die anderen dagegen chromatinarm oder mit unregelmäfsigen Umrissen erscheinen. Diese Kerne liegen vielfach mit Resten von Cytoplasma oder ganz nackt in dicht gruppierten Nestern, kommen aber auch einzeln im untersuchten Infiltrate zu Vorschein. In der beschriebenen Sklerose kommen ganze Haufen von solchen fast nackten Kernen vor und zwischen denselben befinden sich granulierte, strichförmige oder pulverförmige Reste von Cytoplasma. Zwischen diesen stellenweise ganz grofsen Haufen von solchen zerfallenen Plasmazellen sind auch hier und da einzelne gut erhaltene Plasmazellen zu erkennen.

Aus diesem Bilde ist also zu ersehen, dafs in dem Initialaffekt, der schon längere Zeit dauerte, die Umwandlung der Infiltrate vorgeschritten war. Denn man beobachtet Infiltrate, in denen die veränderten Plasmazellen die Oberhand gewinnen — nämlich die Plasmazellen, deren spongiöses- und granoplasmaarmes Cytoplasma sie mehr zu Bindegewebszellen stempelt —, die normalen Plasmazellen kommen dagegen nur sehr spärlich vor. Daneben kommen auch Herde zum Vorschein, die aus atrophischen Plasmazellen zusammengesetzt erscheinen und an manchen Stellen gröfsere Partien der Infiltrate einnehmen.

2. D. S., 40 Jahre alt.

Sclerosis initialis praeputii. Lymphadenitis inguinalis.

Der Initialaffekt dauert schon seit drei bis vier Wochen, es ist aber noch nicht zum allgemeinen Ausbruch gekommen. Die WASSERMANNsche Reaktion positiv.

14. Dezember 1010. Inj. intramuscularis von 0,60 g Salvarsan in leicht alkalischer Lösung (4 ccm).

Die Initialsklerose hat den mittleren Teil des Präputiums eingenommen, ihre Oberfläche war erodiert, in der Mitte des Infiltrates exulceriert. Am fünften Tage nach der Einspritzung ist das Ulcus viel kleiner geworden, wobei auch die Oberfläche gereinigt erschien.

19. Dezember. Die Sklerose wurde im ganzen ausgeschnitten.

Im mikroskopischen Bilde beobachtet man einen Defekt, der auch die Papillen betrifft, und Rhagaden, die in die Cutis hineinragen. Das Infiltrat ist aber in diesem Falle nicht so grofs und homogen, wie im

vorigen (Nr. 1), denn man sieht auch einzelne begrenzte Plasmome, die längs der Gefäfse verlaufen. In diesen Plasmomen kommen auch den oben beschriebenen ähnliche Haufen von atrophischen Plasmazellen vor neben den Zellen, in denen das Granoplasma spärlicher erscheint und das Spongioplasma mehr zutage tritt (Fig. 1). Es gibt auch in diesem Falle nur spärliche gut erhaltene Plasmazellen, meistens sind sie mehr oder weniger in dem Sinne verändert, dafs ihr Cytoplasma schlechter färbbar ist und die Zellen teilweise geschwollen erscheinen, teilweise durch ihre Ausläufer und unregelmäfsige Konturen von der Norm vielfach abweichen. Neben den zerfallenen Zellen des Plasmoms kommen auch in dem Gefäfslumen hier und da solche veränderte Zellen oder nur Chromatinbröckeln in diesen beiden Sklerosen vor.

3. Marie N., 24 Jahre alt.

Syphilis papulosa lenticularis universalis. Oedema indurativum labii majoris dextri. Condylomata ad genitalia, ad anum et angulum oris.

Die Initialsklerose dauert schon seit vier Monaten, die Eruption seit einigen Wochen. Die Papeln sind erbsengrofs, erhaben und hier und da mit Krusten oder Schuppen bedeckt.

2. November 1910. Inj. intramuscularis von 0,70 g Salvarsan in leicht alkalischer Lösung.

Die Papeln haben sich in einigen Tagen aplaniert und eine braune Farbe angenommen; beim Betasten lassen sich noch deutliche Infiltrate in der Tiefe konstatieren.

9. November. Behufs Untersuchung hat man eine Papel vom Rücken exzidiert.

Im mikroskopischen Bilde wurden umfangreiche Infiltrate gefunden, die jedoch bedeutend verändert erscheinen. Man nimmt eine grofse Menge von Fibroblasten neben nakten Plasmazellenkernen mit Cytoplasmaresten in diesem Falle wahr (Fig. 2); daneben sind nur spärliche Zellen zu finden, welche mit nicht stark veränderten Plasmazellenkernen versehen, meistens spongiöses Cytoplasma besitzen. Zwischen allen diesen Zellen befinden sich Bröckeln von Cytoplasma in der Nähe von degenerierten Plasmazellenkernen oder auch ganz unabhängig von denselben.

Es ist kein Wunder, dafs in einigen Schnitten der unteren Partien dieser Papel kleine mit spärlichen Kernen versehene Riesengebilde gefunden werden, denn sie kommen in solchen grofsen Papeln, die dem Zerfall zuneigen und atrophische Narben hinterlassen, nicht selten vor.

4. Sebastian K., 25 Jahre alt.

Syphilis papulo-crustosa recens trunci et extremitatum, condylomatosa faucium, penis, scroti et ad anum.

Die Effloreszenzen dauern schon wenigstens seit einem Monat; keine Spur von der Initialsklerose.

26. September 1910. Inj. intramuscularis von 0,55 Salvarsan in alkalischer Lösung.

9. Oktober 1910. II. Inj. intramuscularis von 0,60 Salvarsan.

17. Oktober. Es wurde eine grofse aplanierte, braungefärbte Papel ausgeschnitten, in welcher jedoch Reste des Infiltrates noch fühlbar waren.

Das mikroskopische Bild erweist eine diffuse Infiltration, die durch Zusammenfliefsen einzelner Infiltrate entstanden ist. Die Infiltrate erinnern aber nur wenig an die gewöhnlich in syphilitischen Effloreszenzen gefundenen Gebilde, da die Plasmazellen fast gänzlich in denselben zu fehlen pflegen. Es gibt dagegen Zellen, welche die Chromatinfigur der Kerne den Plasmazellen ähnlich macht, deren Cytoplasma aber entweder fast gänzlich spongiös ist und unregelmäfsige Umrisse aufweist oder aber nur in Bröckeln zum Vorschein kommt (Fig. 3). Daneben überwiegen im Gesichtsfelde die hypertrophischen Fibroblasten und zwischen denselben sind Herde oder aber nur einzelne zerfallene Kerne in der Form von Granula oder unregelmäfsigen Figuren sichtbar. In der Nähe von diesen letzteren oder zwischen einzelnen zerfallenen Kernen befinden sich Cytoplasmareste, die bei der erwähnten PAPPENHEIM-UNNAschen Färbung deutlich zu sehen sind. In diesem Falle tritt im histologischen Bilde ein stark vorgeschrittener Zerfall, und zwar nicht nur des Cytoplasmas, sondern auch des Chromatins der Plasmazellen hervor, wobei die Plasmazellen fast gänzlich verschwunden sind. Das ganze Bild ähnelt sehr wenig einem syphilitischen Infiltrate, stellenweise aber vielmehr einem zerfallenen Gewebe, welches z. B. bei Granuloma fungoides beobachtet wird.

5. Walenty C., 21 Jahre alt.

Syphilis maculo-papulosa recens trunci et extremitatum, condylomatosa penis, ad anum et extremit. infer.

Vom Anfang der Erkrankung sind drei Monate verflossen.

30. November 1910. Inj. intramuscularis von 0,70 g Salvarsan in leicht alkalischer Lösung.

4. Dezember. Der Ausschlag ist viel blasser geworden, die erodierten Papeln sind zugeheilt und flacher geworden. Man hat eine Papel aus der Skrotalhaut ausgeschnitten.

Die mikroskopische Untersuchung hat in diesem Falle eine Hypertrophie des Epithels, die in den erodierten Papeln immer vorzukommen pflegt, nachgewiesen —, so wie auch in der Cutis grofse abgegrenzte Infiltrate, die längs den Gefäfsen gruppiert waren. Diese Infiltrate bestehen meistens aus Plasmazellen, die nur wenig von der Norm abweichen, da sie nur geschwollen und schwächer gefärbt erscheinen. Obwohl also die ausgeschnittene erodierte Papel an der Oberfläche zugeheilt und aplaniert erscheint, sind die Infiltrate (fünf Tage nach der Einspritzung) im ganzen aufser Ödem nur wenig von der Norm abweichend.

6. Martin G., 34 Jahre alt.

Syphilis primaria intrapraeputiatis; phimosis; syph. micropapulosa universalis.

Die Initialsklerose ist von monatlicher Dauer, der Ausschlag erschien vor einer Woche.

22. Oktober 1910. Inj. intramuscularis von 0,70 g Salvarsan in leicht alkalischer Lösung.

24. Oktober. Man exzidierte eine Papel, die nach kurzer JARISCH-HERXHEIMERscher Reaktion aplaniert wurde.

Die Infiltrate um die Gefäfswände sind nicht besonders zahlreich. Neben den zahlreichen Fibroblasten kommen keine normale gut erhaltene Plasmazellen, meistens dagegen Plasmazellenkerne mit Cytoplasmaresten zur Beobachtung. Aufserdem begegnet man stellenweise inmitten einiger Infiltrate vielen zerfallenen Kernen in Form von unregelmäfsigen Bröckeln, die unter verschiedener Gestalt zutage treten. Solche Chromatinreste und ganze zerfallene Zellen sind auch hier und da in den Gefäfslumina zu sehen. Diese Infiltrate zeichnen sich in dem Falle auch dadurch aus, dafs zwischen den Infiltrationszellen verhältnismäfsig zahlreiche Mastzellen vorkommen.

7. Amalie B., 27 Jahre alt.

Lues papulosa lenticularis trunci et extremitatum.

Die Papeln dauern schon seit einigen Wochen.

28. April 1911. Inj. intravenosa von 0,60 g Salvarsan in alkalischer Lösung (250 ccm). Es folgte eine starke J.-H.-Reaktion bei der Temperaturerhöhung bis 40° C., die nur einige Stunden dauerte.

3. Mai. Man hat eine bedeutend aplanierte und braungefärbte Papel exzidiert.

(Die Kranke hat später (6. Mai) noch eine intravenöse Infusion bekommen).

Die Infiltrate sind in diesem Falle umfangreich und diffus in dem subpapillären Teile der Cutis verbreitet. Zwischen den zahlreichen Fibroblasten begegnet man in den Infiltraten einer verhältnismäfsig unbedeutenden Zahl von Plasmazellen, die nur ausnahmsweise hier und da normales Gepräge aufweisen. Meistens kommen Plasmazellen in verschiedenem Stadium von Zerfall und Ödem zur Beobachtung. In einzelnen Zellen dieser Gruppe hat das Cytoplasma mehr spongiöses Aussehen angenommen, da das Granoplasma nur spärlich und stellenweise vorhanden ist und die Umrisse meistens unregelmäfsig sind. Die anderen besitzen nur an einem Pole der Zelle gut färbbares Granoplasma und das Ganze der Zelle ähnelt durch sein spongiöses Cytoplasma eher einem Fibroblast. (Fig. 4.) Die Kerne sind in solchen Zellen auch etwas verändert, da die Chromatinfigur meistens nicht so regelmäfsig wie in den normalen Plasmazellenkerne

erscheint. Inmitten eines solchen Infiltrates beobachtet man nackte Plasmazellenkerne mit oder ohne Cytoplasmareste, zerfallene Kerne von verschiedener Gestalt sowie auch zerfallenes Cytoplasma. Es gibt also neben den in Bindegewebszellen übergehenden Plasmazellen auch solche, die dem Zerfall anheimfallen.

8. Johann S., 26 Jahre alt.

Syphilis maculo-papulosa; papulae lenticulares capillitii, colli, humeri et extremit. infer., papulae erosivae praeputii, scroti et ad anum. Condylomata faucium.

Die Eruption dauert seit sechs Wochen, die Papeln sind erst später erschienen.

12. Dezember 1910. Inj. intravenosa von 0,40 g Salvarsan in alkalischer Lösung (200 ccm). Die reaktive Temperaturerhöhung nach der Injektion mit 39,3° C.

14. Dezember. Zur Exzision gelangte in diesem Falle eine deutlich abgeflachte Papel der oberen Extremität.

Die Gefäſswände sind von stark entwickelten Infiltraten umgeben. Die Plasmazellen kommen in diesem Falle im Vergleich mit dem vorigen (7) in den Infiltraten zahlreicher vor. Die meisten aber von diesen Zellen besitzen ein mehr homogenes Cytoplasma, welches jedoch das Granoplasma entbehrt. Die Umrisse erscheinen mehr unregelmäſsig als es der Norm entspricht, es kommen hier auch kurze Ausläufer zum Vorschein. Die Kerne sind in diesen Zellen gut erhalten, da sie die charakteristische Chromatinfigur, welche auch in den nur spärlich vorkommenden nackten Kernen zu finden ist, beibehalten haben. Daneben beobachtet man, wie im vorigen Falle, zwischen den Plasmazellen die Cytoplasmareste in verschiedener Gestalt, stellenweise auch zerfallene Kerne. Man ersieht jedoch aus diesem Bild, daſs die Zerfallsprodukte in diesem Falle im allgemeinen noch spärlich vorhanden sind und daſs das Ödem des Gewebes stärker zutage tritt.

Aus den Untersuchungen aller dieser Fälle ist zu ersehen, daſs die Umwandlung der Infiltrate schon kurze Zeit nach der Einspritzung von Salvarsan zur Geltung kommt, da die Effloreszenzen bereits zwei bis acht Tage nach der Injektion ausgeschnitten wurden. Aus dem mikroskopischen Bilde soll vor allem der Umstand hervorgehoben werden, daſs die Veränderungen an dem Hauptelemente der Syphilisinfiltrate, nämlich an den Plasmazellen, am meisten zutage treten. In erster Linie haben wir hier also mit dem Ödem der Plasmazellen zu tun, deren Cytoplasma homogen erscheint und Granoplasma stellenweise in den Plasmawaben der Zellen in einer kleineren Menge vorhanden ist, als dies in normalen Plasmazellen vorzukommen pflegt. Obwohl also diese Zellen stellenweise stark gefärbt sind, zeigen dieselben hier und da einzelne granoplasmafreie Waben und

erscheinen im Ganzen etwas vergröfsert. Man sieht weiter Zellen mit spongiösem Cytoplasma, die eine kugelige Gestalt beibehalten haben oder auch mit kurzen Ausläufern versehen sind, — daher Zellen, die sich nur durch den chromatinreichen Kern vor den grofsen Fibroblasten auszeichnen. Die verschiedenen Übergangsformen ergänzen das Bild dieser Umwandlung.

Neben den ödematösen Plasmazellen, die an manchen Stellen und besonders in länger andauernden Papeln von den Fibroblasten schwer zu unterscheiden sind, kommen auch solche zum Vorschein, welche den atrophischen Plasmazellen zugezählt werden müssen. Ihr Cytoplasma erweist nämlich Defekte an Granoplasma in Form von leeren Waben, die teilweise konfluieren und dadurch fast granoplasmafreie Zellen bilden. Endlich gibt es Zellen, die nur einseitig einen Rest von Cytoplasma besitzen und deren Kerne mit Granoplasmapünktchen umgeben sind oder auch ganz nackt zutage treten.

Aufserdem kommt auch eine weitere Stufe der Plasmazellenveränderung zur Beobachtung, nämlich der Zerfall der Zellen. Namentlich finden sich neben den ödematösen und atrophischen auch blafs gefärbte Zellen, deren Cytoplasma im Schwinden begriffen ist, da es schwach färbbar und teilweise vernichtet erscheint und die Kerne chromatinarm, angeschwollen und schwach tingiert in verschiedener Gröfse und Form zur Beobachtung kommen. Endlich kommen neben dieser Auflösung von Cytoplasma und der Abbröcklung der Kerne auch unregelmäfsige Trümmer von Chromatin und Reste von schwach färbbarem Grano- und -Spongioplasma als Ausdruck des gänzlichen Zerfalles der Plasmazellen zum Vorschein.

In den ausgeschnittenen Effloreszenzen sieht man daher zwei nebeneinanderstehende Umwandlungsprozesse der Plasmazellen der syphilitischen Infiltrate. Der eine besteht in einer Form der Umwandlung dieser Zellen in Bindegewebszellen, denn man sieht verschiedene Formen und Stufen von Übergängen der oben beschriebenen Zellen ohne die Reihen und Gruppen von Tochterplasmazellen zu beobachten, die doch so zahlreich und in Verbindung mit Fibroblasten in frischen Effloreszenzen anzutreffen sind. Die Fibroblasten von verschiedener Form sind verhältnismäfsig zahlreicher in den syphilitischen Infiltraten der sekundären Läsionen als der Primäraffekte; sie entwickeln sich aber besonders in einer gröfseren Menge in den älteren Hautmanifestationen (wie in meinen Fällen Nr. 1, 3, 4, 5, 7), als in den Läsionen, die ganz frisch aufgebrochen sind. So bildeten die Fibroblasten, z. B. in der Initialsklerose Nr. 2, obwohl sie kleiner war, als im Falle Nr. 1, einen nicht so überwiegenden Bestandteil der Infiltrate, als bei der letzteren. Diese Hypertrophie der Bindegewebszellen wurde in allen, auch frischen syphilitischen Infiltraten verschiedener Krankheitsformen nachgewiesen; sie ist aber in den länger andauernden Läsionen, die nicht behandelt worden sind, stärker ausgeprägt.

Neben der beschriebenen Erscheinung der langsamen Umwandlung der luetischen Infiltrate in das hypertrophische Bindegewebe kommt in den beobachteten Infiltraten ein Ödem aller Zellen, nämlich der Plasma- und Bindegewebszellen zum Vorschein. Als weitere Stufe sind auch atrophische Zellen zu verzeichnen, die meistens gut erhaltene Kerne aufweisen und bei denen es sich um einen beträchtlichen Cytoplasmaschwund handelt. Endlich sind auch in Zerfall begriffene Plasmazellen zu sehen, bei denen sogar nur Reste von dem zerfallenen Cytoplasma und den zerfallenen Kernen ins Auge fallen.

Diese Erscheinungen vom Ödem, von der Atrophie und dem Zerfall der Infiltrationszellen, hauptsächlich der Plasmazellen, müssen als eine Folge der Einwirkung irgendwelchen Faktors auf das syphilitische Infiltrat angesehen werden. Da man diese Umwandlungen in allen untersuchten Läsionen in verschiedenem Grade beobachtet und da sie in den unbehandelten luetischen Effloreszenzen nur teilweise vorzukommen pflegen, so wird man nicht fehlgehen, wenn man annimmt, dafs sie in diesen Fällen unter dem Einflufs von Salvarsaneinwirkung zustande gekommen sind.

Als Beweis kann auch der verschiedene Grad dieser Umwandlungsarten dienen. Eine grofse Anzahl von ödematösen Plasmazellen wurde in den beiden Initialsklerosen, welche fünf Tage nach der intramuskulären Salvarsaninjektion ausgeschnitten wurden, beobachtet; in dem Falle Nr. 1 waren die Fibroblasten zahlreich, da die Sklerose länger angedauert hat, in den beiden Initialaffekten (Nr. 1 und 2) ist jedoch das Ödem und die Atrophie der Plasmazellen im mikroskopischen Bilde stark ausgeprägt. (Fig. 1.) Ein ähnliches Bild wurde auch in einer hypertrophischen Papel (condyloma latum), die längere Zeit vor der Einspritzung unbehandelt verblieb und fünf Tage nach der Einspritzung ausgeschnitten wurde, sichtbar.

Ein deutlicher Zerfall der Plasmazellen neben einer grofsen Menge von Fibroblasten und neben einer spärlichen Zahl von veränderten Plasmazellen wurde auch in grofsen, seit einigen Wochen dauernden Papeln, welche sieben und acht Tage nach der Einspritzung (Nr. 3 und 4) zur Beobachtung durch Biopsie erhalten wurde (Fig. 2), wahrgenommen.

Ein noch stärker ausgeprägter Zerfall trat in einer Papel zum Vorschein, welche fünf Tage nach der intravenösen Einspritzung (Nr. 7) zur Untersuchung genommen wurde. Man hat in der letzteren neben stark durch Ödem und Atrophie veränderten Plasmazellen viele in Zerfall begriffene oder ganz in Körner und Detritus zerfallene Plasmazellen gesehen. Hier ist auch der Unterschied zwischen den nach intramuskulären Injektionen ausgeschnittenen Papeln und den nach intravenösen zu erblicken, da in den letzteren Fällen normale Plasmazellen gar nicht zu finden sind, dagegen viele atrophische und zerfallene Zellelemente den regelmäfsigen Befund zu bilden pflegen. (Fig. 4.) Eine zweite Papel, die zwei Tage

nach einer intravenösen Infusion zur Untersuchung gelangte (Nr. 8), unterschied sich von der letzteren dadurch, daſs das Ödem der Zellen die hervorragendste Erscheinung bildete und atrophische Plasmazellen nur spärlich vorhanden waren. Es könnte also in diesem letzteren Falle nur von einem anfänglichen Zerfall die Rede sein.

In einem Falle (Nr. 6) wurde eine kleine Papel kurze Zeit nach Verschwinden von Jarisch-Herxheimerscher Reaktion behufs Biopsie exzidiert und es wurden in derselben neben deutlichem Ödem und verhältnismäſsig vorgeschrittenem Zerfall eine groſse Anzahl von Mastzellen gefunden, welche wahrscheinlich samt dem Ödem mit der erwähnten Reaktion in Verbindung stand.

Nach Erwägung aller dieser Einzelheiten des mikroskopischen Bildes der untersuchten Effloreszenzen kann man zu dem Schlusse gelangen, daſs durch die Einwirkung des Salvarsans der Hauptbestandteil der syphilitischen Infiltrate, nämlich die Plasmazellen, einer Verwandlung anheimfallen, die in Ödem, Atrophie und Zerfall, und dies im verschiedenen Grade, ihren Ausdruck findet. Es könnte daher in diesem Falle von einer elektiven Wirkung des Salvarsans auf die unter der Wirkung der Spirochäten entstandenen Infiltrationen die Rede sein, — man ist aber folglich durchaus nicht berechtigt den Schluſs zu ziehen, daſs dieses Präparat mit einer bedeutenderen Kraft auf die Infiltrate selbst als auf die Parasiten seine Wirkung entfaltet. Wir stehen jedoch der Vermutung nahe, daſs, wenn das Salvarsan nur eine parasitotrope Wirkung ausüben sollte, das Infiltrationsgewebe rascher und homogener der oben geschilderten Veränderung anheimfallen müſste, als dies dem mikroskopischen Bilde zu entsprechen scheint. Denn aus den mikroskopischen Präparaten kann man eher zu dem Schlusse kommen, daſs es sich um einen langsamen und nur teilweise entstehenden Zerfall nach dem anfänglichen, stark hervortretenden Ödem handelt, — um Erscheinungen, die nach den intravenösen Infusionen rascher und in intensiverer Weise zutage treten.

Dem Direktor der Klinik, dem Herrn Prof. Reiss, erlaube ich mir für das freundliche Überlassen des Materials meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

(Die Erklärung der Tafeln ist dem Texte zu entnehmen.)

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des allgemeinen städtischen Krankenhauses in Nürnberg (Oberarzt Dr. NEUBERGER).

Über einen besonderen Fall von Tyloma beider Fufssohlen.

Von

Dr. KEYENBURG,
früherem Assistenzarzt der Abteilung,
jetzt Spezialarzt für Hautkrankheiten in Essen-Ruhr.

Mit einer Farbentafel.

Während meiner Assistentenzeit auf der dermatologischen Abteilung des Nürnberger Krankenhauses habe ich Gelegenheit gehabt, mehrere Monate einen ungewöhnlichen Fall von Tyloma bzw. Tylositas beider Fufssohlen zu beobachten, der mir nicht nur vom rein kasuistischen Standpunkte aus, sondern auch wegen der aufserordentlichen Hartnäckigkeit der Affektion, der Nutzlosigkeit jeglicher Therapie und der dadurch herbeigeführten Berufsunfähigkeit des Patienten einer Publikation wert erscheint.

Der Fall ist folgender: Der 29 Jahre alte Schmied J. V., der in seiner Jugend vollkommen gesund war und keine besonderen Erkrankungen durchgemacht hatte, ist seinem Berufe stets nachgegangen und hat seiner Militärpflicht Genüge geleistet.

Nach Angabe des Patienten hat er während seiner Militärzeit in den Jahren 1904 bis 1906 sechs Wochen lang wegen eines Fufsleidens im Lazarett gelegen. Seit dieser Zeit hat sein Leiden begonnen. Bedeutende Verschlimmerung der Krankheit ist dann zwei Jahre später aufgetreten, als der Patient, da er als Schmied arbeitslos war, auf dem heifsen Trockenboden einer Bleistiftfabrik arbeitete.

Er bekam Schmerzen beim Gehen und Stehen, besonders in den Grofszehenballen und sah sich gezwungen das Krankenhaus aufzusuchen. Er war zunächst im Krankenhaus vom 9. April bis 29. August 1908 und kehrte zu uns zurück am 14. April 1909, nachdem er also 7½ Monate wieder tätig gewesen war. In der Folgezeit lag er fast ständig mit kurzen Intervallen auf unserer Abteilung, nämlich vom 14. April bis 2. Oktober 1909 und nach nur zwölftägiger Unterbrechung vom 14. Oktober 1909 bis 14. Mai 1910.

Während dieses langen Krankenhausaufenthaltes versuchte allerdings mehrmals der Patient das Hospital zu verlassen, immer kehrte er wieder zurück. Vom 14. Mai bis zum 14. Juni 1910 war der Kranke zur Be-

handlung und Begutachtung in der Erlanger Klinik. Er verliefs dieselbe auf eigenes Verlangen, da ihm die Besserung seines Leidens auch dort keine Fortschritte zu machen schien. Tatsächlich scheint aber der lange Krankenhausaufenthalt doch eine Linderung seiner Erkrankung herbeigeführt zu haben, denn von Mitte Juni bis 7. November 1910 finden wir den Kranken aufserhalb des Krankenhauses und in verschiedenen, oft wechselnden, zumeist leichten Beschäftigungsarten tätig.

Überblicken wir die soeben mitgeteilten Daten des Krankenhausaufenthaltes, so ergibt sich, dafs der Patient im Verlaufe der letzten Jahre die meiste Zeit im Krankenhaus wegen seines Leidens zugebracht hat. Am 7. November 1910 trat V. von neuem bei uns ein, verliefs aber schon nach einigen Tagen infolge Streitigkeiten — er verlangte Heilung seines Leidens und benahm sich dabei unbotmäfsig — wieder die Anstalt. Am 8. Dezember kehrte er zurück und blieb bis zum 2. Januar 1911. Er versuchte dann wiederum durch verschiedene Arbeiten — besonders in Ziegeleien — seinen Unterhalt zu verdienen, befand sich aber vom 9. März dieses Jahres bis zum 8. Juni wiederum auf unserer Abteilung und kam dann, da er nur eine sitzende Tätigkeit ausüben zu können vorgab, um Invalidenrente ein.

Was die klinischen Erscheinungen anbetrifft, so gibt beiliegende Abbildung ein genaues Bild des Krankheitsprozesses, wie es sich zur Zeit meiner Beobachtung des Kranken darstellte. Ich kann nicht angeben, da es aus den früheren Krankengeschichten nicht hervorgeht, wie die Entwicklung der Schwielenbildungen vor sich ging, ob von Anfang an beide Fufssohlen in fast völliger Ausdehnung, abgesehen von der inneren Fufswölbung, gleichmäfsig ergriffen waren. Als ich den Kranken zuerst sah (November 1910), hatte er symmetrisch auf beiden Fufssohlen, ebenso auf der Volarfläche der grofsen und der kleinen Zehe, derbe, harte, eigentümlich gelblich verfärbte Schwielenbildungen. Aus der auf der Zeichnung gut ersichtlichen Lokalisation dieser Hornhautmassen geht klar hervor, dafs sie sich gerade an den beim Auftreten dem Druck vorzugsweise ausgesetzten Stellen vorfinden. Aufser der gelblichen Verfärbung der Schwielen fallen insbesonders in der Peripherie derselben mehr weifslich verfärbte Partien auf; dieses sind keratotische Massen, an denen die Verhornung noch nicht so starke Dimensionen angenommen hat. Besonders auffallend war nun neben der gelblichen Farbennüance, dafs die derben Massen die normale Hautfelderung völlig verwischten und in keiner Weise während des ganzen Krankheitsverlaufes von irgendwelchen Rissen oder Rhagaden durchzogen waren. Es kam niemals an den Fufssohlen zu dunkleren und schwarzen Verfärbungen der Hornmassen, auch nicht — ich verdanke diese Angabe Herrn Oberarzt Dr. NEUBERGER —, wenn der Patient längere Zeit aufser-

halb des Krankenhauses gewesen war und eine Behandlung und Pflege der Füfse nicht stattgefunden hatte. Neben der starken Schwielenbildung fiel eine hochgradige Hyperidrosis auf. Sie trat insbesondere zutage, wenn keratotische Massen mit der Schere entfernt wurden — ein Eingriff, der stets leicht und schmerzlos vor sich ging und wobei oft fast $^1/_2$ cm dicke Hormassen herausgeschält werden konnten — und der Fufs in hängender Stellung sich befand. Man konnte dann auf der frischen Schnittfläche direkt Schweifs in Tropfenform wahrnehmen. Auch an den Stellen, wo die derben gelben, alten Hornauflagerungen sich vorfanden, machte sich die Schweifsbildung bemerkbar. Die Fufssohlen fühlten sich ständig etwas feucht an und wiesen an der von der Keratose freien Partie eine bläuliche Verfärbung auf. Irgendwelcher auffallende Schweifsgeruch war aber nicht vorhanden.

Trotz des Fehlens komplizierender Risse und Rhagaden war die Affektion für den Patienten recht schmerzhaft. Auf Druck waren verschiedene Stellen schmerzhaft. Der Kranke behauptete, beim Gehen und Stehen starke Schmerzen auf beiden Fufssohlen zu haben und infolgedessen seinen Beruf nicht ausüben zu können. Auffallend war nun an vorliegendem Falle, dafs nach Entfernung der harten Massen die Schmerzhaftigkeit keine geringere wurde, der Patient vielmehr oft angab, nunmehr erst recht Beschwerden beim Auftreten und Gehen zu haben. Die Affektion beschränkte sich gleichmäfsig auf beide Fufssohlen, nur die Innenfläche der Fufswölbung war frei. Die Handteller waren nur an wenigen Stellen mit leichten Verdickungen der Epidermis behaftet, der übrige Körper war stets frei von irgendwelchen Hauterscheinungen, auch waren keine Sensibilitätsstörungen nachweisbar. Reflexe waren normal.

In therapeutischer Hinsicht ist sehr vieles versucht worden — ohne den geringsten Erfolg. Lange Zeit wurde 10—20%iges Breslauer Salicylseifenpflaster appliziert oder mit Kalilauge die Hornmassen erweicht und dann entfernt, weiterhin durch protrahierte heifse Fufsbäder die Entfernung der Epidermishypertrophien zu erzielen versucht, nachher wurde durch Einpinselung mit Salicylkollodium und durch Bettruhe ein neuerliches Hervortreten der Epidermiswucherung zu vermeiden gesucht. Alles ohne Erfolg. Lange Zeit wurde der Patient mit HEBRAscher Diachylonsalbe behandelt, die ja bekanntlich bei Hyperidrosis oft von gutem Effekt ist. Es zeigte sich keinerlei Veränderung. Die Röntgentherapie, die an einer circumscripten Stelle vorgenommen wurde, um eventuell auf die Hyperidrosis einzuwirken, versagte völlig. Fibrolysininjektionen erwiesen sich als zu schmerzhaft bei dem harten, sehnigen Gewebe und wurden vom Patienten verweigert. Besonders hervorzuheben ist, dafs auch nach anhaltender längerer Bettruhe, ohne dafs somit der Patient durch längeres

Gehen und Stehen seine Fufssohlen einem Drucke aussetzen konnte, die Hornhautschwielenbildung in relativ kurzer Zeit sich wieder ausbildete.

Legen wir uns nun die Frage vor, wie wir den vorliegenden Fall zu rubrizieren haben, so ist in differentialdiagnostischer Hinsicht zunächst das Keratoma hereditarium palmare et plantare auszuschliefsen.

Durch eine reichliche Kasuistik ist das klinische und histologische Bild dieser Dermatose wohl als feststehend zu betrachten. Unser Fall gehört schon deshalb nicht zu dieser Erkrankungsform, weil der Patient bis zum Mannesalter von der Keratose befreit war und in der Familie des Kranken kein ähnlicher Fall vorlag, während bekanntlich das Keratoma hereditarium sich in den ersten Lebensjahren bildet und eine sich forterbende Affektion darstellt. Auch klinisch dürften sich, soweit aus den Schilderungen der Literatur über Keratoma hereditarium zu entnehmen ist, wesentliche Unterschiede ergeben: Beim Keratoma plantare hereditarium fehlt niemals die Furchen- und die Rhagadenbildung der Hornmassen, ferner tritt neben der Plantar- auch die Palmarerkrankung, letztere oft sogar in stärkerem Mafse (z. B. im Fall Zumbusch[1]) in den Vordergrund. Schliefslich fehlt fast niemals ein die Hornmassen umgebender erythematöser Randstreifen.

Eine Erscheinung, die das Keratoma hereditarium von unserem Fall noch wesentlich unterscheidet, möchte ich ganz besonders hervorheben: die relative Schmerzlosigkeit des Keratoma plantare et palmare hereditarium.

Vörner, der die Literatur bis 1901 zusammenstellt, führt an, dafs subjektive Beschwerden durch das Keratoma hereditarium in der Regel nicht hervorgerufen werden, und dafs nur Unnas Patient über juckende und schmerzende Empfindungen in der Nähe tieferer Einrisse der Hornmassen klagte.

Nach Vörner „verstehen die weiblichen Individuen sehr mühsame Stickereien und ähnliche Handarbeiten herzustellen und verrichten die Männer (Maurer) ungehindert ihre schwere Arbeit“, „die Affektion ist — abgesehen wenn manchmal blutende Rhagaden entstehen — so wenig lästig, dafs die Kranken jede Therapie rundweg ablehnen“. Auch die in einer späteren Abhandlung von Vörner[2] weiterhin aus der Literatur mitgeteilten Beobachtungen (Loewy[3], Böhm[4] usw.), sowie die neuerdings publizierten Fälle von Dunn[5] und Hahn[6] lassen das Keratoma hereditarium als schmerzlose Affektion erscheinen.

---

[1] Cfr. Unna, *Monatshefte f. prakt. Dermatol.* Bd. 43, S. 231.

[2] *Archiv*, 88, 1907. [3] *Dermatolog. Centralblatt*, 1902. [4] *Dermatolog. Centralblatt*, 1904. [5] *The Journal of cutaneous diseases*, April 1910. [6] *Dermatolog. Zeitschrift*, Juli 1911.

An dieser Tatsache dürfte auch der in dieser Beziehung eine Ausnahme bildende von SAMBERGER[7] beschriebene Fall nichts ändern. Hier handelte es sich um einen 21jährigen Kesselschmied, dessen im achten Lebensjahre aufgetretene Fuſssohlenkeratose „beim längeren Herumgehen und auch Stehen" derartige Beschwerden verursachte, daſs der Patient das Krankenhaus aufsuchen muſste.

Aus schon oben angegebenen Gründen kann unsere Beobachtung, obwohl auch die in unserem Falle so sehr ausgesprochene Hyperidrosis dem Krankheitsbilde des Keratoma hereditarium fast durchgängig eigen ist, letzterer Affektion nicht angereiht werden und somit nicht die Zahl der Ausnahmefälle — analog dem von SAMBERGER beobachteten — vermehren.

Auſser dem Keratoma hereditarium käme differentialdiagnostisch die von BESNIER im „*Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten*" geschilderte und abgebildete „Erythematöse, symmetrische Keratodermie der Hände und Füſse" in Betracht, die — das mehr herd- und inselförmige Auftreten und die speziell an den Palmarflächen der Finger, weniger an den Füſsen vorhandene Lokalisation abgerechnet — dem Keratoma hereditarium durchaus ähnelt und sich nur durch das Fehlen hereditärer Verhältnisse von letzterer unterscheidet. In der Literatur sind nur sehr wenige einschlägige Fälle aufzufinden und auch diese weisen manche Verschiedenheiten auf. So läſst ein von VÖRNER[8] mitgeteilter, der BESNIERschen Dermatose gleichgestellter Fall die sonst vorzugsweise ergriffenen Handteller vollkommen frei, auch hatte die Erkrankung „schon einmal vor Jahren bestanden und war damals vollständig wieder verschwunden". Gerade der letztere Umstand legt es nahe, die von BROOKE[9] als „Erythema keratodes" aufgefaſsten Fälle, in denen auch Heilung eintrat, hier einzureihen. Wie erschwert die Diagnose oft ist, beweist der kürzlich von FRIEDLÄNDER[10] publizierte Fall, der anfangs als BESNIERsche Erkrankung, später aber als Keratoma hereditarium aufgefaſst wurde. Ich verweise auch auf eine Diskussion in der New Yorker dermatologischen Gesellschaft im Anschluſs an einen von LUSTGARTEN vorgestellten Fall von symmetrischer Keratodermie nach BESNIER. ELLIOT hielt diesen Fall für eine einfache Hyperkeratosis palmaris et plantaris. FOX sprach sich gegen die verschiedene Nomenklatur aus (cfr. UNNA, Bd. 26, S. 506).

Gegen die Anschauung von FOX wäre einzuwenden, daſs neue Befunde auch neue Bezeichnungen rechtfertigen. So dürfte gegen die von BUSCHKE und FISCHER[11] neuerdings beschriebene „Keratodermia maculosa

---

[7] *Archiv*, 77, 1905. [8] *Archiv.* 56, 1901. [9] *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, Bd. 12, Nr. 4 u. 1892, Bd. 14, Nr. 3. [10] *Med. Klinik*, 1911, Nr. 36.

[11] *Ikonographia dermatologica*, 1910, Tafel 37.

disseminata symmetrica palmaris et plantaris" kaum Einspruch zu erheben sein.

Wenn ich unseren Fall der BESNIERschen Dermatose nicht zurechne, so bedingt das die bei letzterer stets vorhandene Zerklüftung der Hornmassen und die stets vorhandene erythematöse Randzone. Beide Symptome fehlten in unserem Falle. Auch die Schmerzhaftigkeit der Affektion in unserem Falle dürfte ein unterscheidendes Merkmal sein, da die BESNIERsche Keratodermie doch nur relativ geringe Beschwerden verursacht. (Schmerzhaftigkeit der Rhagaden, Beschränkung der Beuge- und Streckbewegungen der Hände durch die dicke Hornschicht.)

Von anderen Hautprozessen, die mit Fufssohlenkeratosen kombiniert sein können, käme ferner die Arsenkeratose in Betracht. Unser Patient hat niemals Arsenik genommen, so dafs schon aus diesem Grunde eine solche Affektion undenkbar ist. Eine Arsenkeratose würde sich auch klinisch dadurch unterscheiden, dafs entweder ein entzündlicher erythematöser Randstreifen oder neben der diffusen Keratose eine Anzahl harter, warzenähnlicher Effloreszenzen vorhanden wäre.

Eine gonorrhoische Keratodermie ist vollkommen auszuschliefsen, da der Patient niemals an Gonorrhoe gelitten hat und gonorrhoische Keratodermien — ich verweise auf die jüngsten Abhandlungen von ARNING-MEYER-DELIUS[12] und ROST[13] — fast stets mit Gelenkaffektionen verbunden sind.

Auch Lichen ruber planus, bei dem ähnliche Veränderungen vorkommen können (BROOKE [l. c.], NEUBERGER[14], SCHRAMEK[15]), kann nicht in Frage kommen, da doch dann zu irgendeiner Zeit Lichen planus-Effloreszenzen an anderen Körperstellen aufgetaucht wären.

Wir kommen somit zu dem Schlufs, dafs wir es in vorliegender Beobachtung mit einem symmetrischen, doppelseitigen Tyloma beider Fufssohlen zu tun haben.

Schwielenbildungen an Händen oder Füfsen sind an und für sich ganz banale Erscheinungen. An den Händen entstehen sie vorzugsweise durch Hantierung mit bestimmten Werkzeugen, an den Füfsen bilden sie sich an den Druck ausgesetzten Stellen, besonders bei dazu disponierten und gewöhnlich mit Hyperidrosis behafteten Personen. Sieht man von der besonderen von SCHÜTZ[16] genauer geschilderten Form der Tylosis palmarum ab, die gewöhnlich sich an den Händen älterer, oft an einem Ekzema seborrhoicum leidender und eine Verminderung der Schweifsbildung aufweisender Leute vorfindet, einer Affektion, die häufig starke

[12] *Archiv f. Derm. u. Syph.*, 1911, Bd. 108, S. 3. [13] *Dermatolog. Zeitschrift*, 1911, Bd. XVIII, S. 233. [14] *Archiv f. Derm. u. Syph.*, 1907, Bd. 84. [15] *Archiv f. Derm. u. Syph.*, 1911, Bd. 108, S. 273.

[16] *Archiv f. Derm. u. Syph.*, 1902, Bd. 52.

Beschwerden verursacht, so sind die Kallositäten zumeist nur an vereinzelten Stellen vorhanden und lassen sich auch durch irgendwelche therapeutische Mafsnahmen, wenn auch Rezidive immerwährend wieder auftreten, zeitweise völlig beseitigen.

Nach dieser Richtung stellt nun unser Fall etwas Besonderes und Eigenartiges dar. Wir konnten uns wiederholt davon überzeugen, dafs auch bei völliger Bettruhe, also ohne jeden äufseren Druck, die kaum entfernten Hornmassen aufserordentlich schnell wieder nachwuchsen. Wir waren lange im Zweifel, ob die Angaben des Patienten bezüglich der Schmerzhaftigkeit der Affektion nicht doch auf Simulation beruhten oder wenigstens als stark übertrieben aufzufassen wären. Nach reiflicher Erwägung und Beurteilung mufsten wir letztere Auffassung ablehnen. Die Angaben über die schmerzhaften Stellen waren stets präzis, die Gangart im Krankenhaus stets die gleiche, etwas unbeholfene. Es war nicht verständlich, warum ein sonst vollkommen gesunder Mensch den eintönigen, auf die Dauer langweiligen Krankenhausaufenthalt monatelang ohne Grund bevorzugen sollte. Der Kranke war auch oft sehr mifsmutig darüber, dafs alle therapeutischen Mafsnahmen mifsglückten und wurde dabei auch oft gegen uns ausfallend.

Wir hatten den Eindruck, dafs der Kranke auf eine Besserung bzw. Heilung seines Leidens sehr bedacht war, und dafs seine Angaben, er könne nur eine sitzende Beschäftigung ausüben, nicht unberechtigt waren.

Die histologische Untersuchung ergab neben einer recht geringfügigen Rundzelleninfiltration der Pars subpapillaris und einer Verbreiterung der Stachelschicht, eine ganz hochgradige Verdickung der Hornschicht und Hypertrophie der Schweifsdrüsen.

Der vorliegende Fall bietet — dieser Hinweis mag zum Schlusse gestattet sein — wohl mehr als ein kasuistisches Interesse. Auf Grund künftiger Beobachtungen mufs der Nachweis zu führen sein, ob solch exzessive Formen der Tylombildung häufiger vorkommen, ob die Schmerzhaftigkeit der Affektion tatsächlich so bedeutend und direkt für die Beschäftigung des Kranken ausschlaggebend ist und ob nicht schliefslich doch therapeutisch etwas erreicht werden kann.

Berichtigung: Bei der Abhandlung „Ein Ersatzmittel für Wismut in der Röntgentherapie", von Dr. Karl Friedrich Hoffmann in Band 53, Heft 10, Seite 545, Zeile 6 von oben, und Seite 546, Zeile 7 von unten, mufs es anstatt „Zinkoxyd" heifsen „Zirkonoxyd".

Erwiderungen auf den Artikel von Dr. WENNIGER-Rotterdam über „Die intravenöse Salvarsanbehandlung für die Praxis".

Von

Dr. N. A. TSCHERNOGUBOW-Moskau.

In Nr. 7 *dieser Monatshefte*, Bd. 53 bestreitet Herr Dr. C. M. DE BUY WENNIGER die Vorzüge des in Nr. 12, Bd. 52, derselben Monatsschrift von uns beschriebenen Apparats zur intravenösen Infusion des Salvarsans. In der Voraussetzung, dafs beide Schriften bekannt sind, werden wir uns ganz kurz fassen.

Ad. 1. Das Sterilisieren im Autoklav ist nicht durchaus notwendig, auch werden dadurch die aus Gummi bestehenden Teile stark mitgenommen[1]; einfaches Auskochen des Apparats in destilliertem Wasser ist vorzuziehen. Noch vorteilhafter ist, die Flaschen getrennt durch trockne Hitze zu sterilisieren. Die Lösungen werden nur beim Auflösen des Salvarsans und bei der Zusammenstellung des Apparats eingegossen, was praktisch die Asepsis nicht aufheben kann.

Ad. 2. Der Apparat gestattet (durch einfache Drehung des Hahns) einen schnellen Übergang von der Kochsalzlösung zur Salvarsanlösung und umgekehrt, ohne dafs die Sterilisation die geringste Störung erfährt (wie es beim mehrmaligen Zugiefsen der Fall ist). Ist der Verlauf der Infusion, nachdem diese gut begonnen hatte, behindert (d. h. wenn das Salvarsan unter die Haut gerät), so mufs mit derselben natürlich innegehalten werden; doch geht das Salvarsan dabei nicht verloren, denn es genügt, das Sicherheitsventil zu öffnen, d. h. den Druck bis zum atmosphärischen herabzusetzen, und nachdem man den Hahn nach der Salvarsanlösung zu geöffnet hat, den Schlauch mit der Kanüle zu heben, damit das Salvarsan in die Flasche (bis zum Glasfensterchen am Hahn) zurückfliefst, wonach man nach Auffüllung des entleerten Schlauchs mit Kochsalzlösung die Infusion aufs neue beginnen kann.

Ad. 3. Durch diesen Vorteil unterscheidet sich unser Apparat von SCHREIBERS Nadel, sowie auch von den automatischen Spritzen mit angeschraubten Nadeln (SCHWABES-Moskau System) mit denen es sehr schwer zu arbeiten ist.

Ad. 4. Infolgedessen, dafs der Druck bedeutend erhöht werden kann, gewinnt man die Möglichkeit, sehr dünne Nadeln (für enge Venen bei Frauen und Kindern) zu benutzen, deren man sich bei den Apparaten, welche durch Niveauunterschiede funktionieren, nicht bedienen kann. Nur aus diesem Grunde ist es uns gelungen, die Infusion in eine sehr dünne Vene der Hand bei einem sehr mageren, anämischen fünfzehnjährigen Mädchen zu bewerkstelligen, deren Haut an den oberen Extremitäten von der Mitte der Hand bis zur Schulter durchweg durch Narben und Ulcera syphilitica tuberculosa verändert war. Da die Infusion unter Druck geschieht, so braucht der Apparat nicht hoch gestellt zu werden; man hat ihn vor Augen, und gestattet die Unbeweglichkeit sowie die Durchsichtigkeit der Vorderwand des Wasserbades dem Operateur die Geschwindigkeit des Einfliefsens, die Dosis (die man während der Operation selbst, im Vergleich zur beabsichtigten, vergröfsern oder verringern kann)

[1] Trotzdem funktionieren in der Klinik für Hautkrankheiten an der K. Moskauer Universität vollkommen aseptisch Apparate, die mehrfaches Sterilisieren im Autoklav (!) ausgehalten haben.

und die Temperatur der Lösungen zu beobachten, kurz die Richtigkeit der Arbeit des Apparats zu kontrollieren.

Ad. 5. Eine gleichmäfsige Temperatur der Lösungen zu unterhalten ist dort, wo die Operation sich in die Länge zieht, von wesentlicher Bedeutung (bei Ungeübten!). Die Infusion einer kalten Lösung hat fast unmittelbar starkes Frösteln zur Folge, und tritt dieses zuweilen schon während der Operation selbst ein.

Wir meinen, dafs in unserm Apparat überhaupt die gröfstmögliche Anzahl von Möglichkeiten vorhergesehen ist, und dem Operateur möglichst viele Bequemlichkeiten geboten sind, so dafs die etwas komplizierte Konstruktion desselben mehr als genügend durch die Leichtigkeit, mit der der Apparat (während der Operation selbst!) benutzt wird, in den Schatten gestellt ist. Wird der Arm mit einem zusammengedrehten elastischen Streifen (Gummi mit Baumwollenstoff, nicht aber reiner Gummibinde, welche zusammenklebt) unterbunden, und werden die Enden eingeklemmt, so kann der Arzt die Operation ganz allein ausführen. Nachdem der Apparat ganz vorbereitet ist, schliefst man den Hahn, legt, wie oben gesagt, die Binde an, sticht die Nadel ein, löst dann die Binde, öffnet den Hahn für die Kochsalzlösung, verbindet die Kanüle unter der strömenden Flüssigkeit mit der Nadel usw.

Angesichts der starken bakteriziden Eigenschaften des Blutserums und des Fehlens eines toten Substrats als Ursprungsmaterial einer Infektion bei den intravenösen Infusionen, wagen wir es nicht zu behaupten, dafs die Infusionen mittels eines einfachen Trichters gefahrdrohend sind, und dafs unter den gewöhnlichen Bedingungen (hinlänglich gut entwickelte Venen) dieselben in den allermeisten Fällen nicht bewerkstelligt werden können. Wir selbst besitzen nicht den juvenilen Glauben an die Allmacht der Asepsis, welche zu häufig als Deckmantel für die Tollkühnheit gewisser Spezialisten dienen soll; in unserem Apparat haben wir uns nur bestrebt, die Weisungen des einzigen Gesetzes der ärztlichen Kunst, die ja eben Lex Artis genannt wird, möglichst treu zu befolgen.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1911.

Die Behandlung der Akne mit Vaccine. (Vortrag auf dem australischen Kongrefs für Medizin, September 1911), von Malcolm Morris und Ernest Dore. Die Erfahrungen, welche Verfasser an einer Reihe von Fällen mit Aknebacillus- und Staphylokokkenbehandlung machten, führten sie zu dem Ergebnisse, dafs diese Art Behandlung nur bei bestimmten Fällen und keineswegs als Allgemeinmethode anzuwenden ist. Sie teilen diese Fälle in drei Gruppen: Die erste umfafst die tiefsitzenden Pusteln, welche mehr oder weniger grofse Ausdehnung — auf Gesicht, Brust, Rücken — besitzen und bei welchen der Staphylococcus in hohem Grade vorherrscht, der Aknebacillus aber schwer zu finden ist. Die zweite Gruppe wird von jenen Fällen gebildet, wo die Veränderungen indolent und oberflächlich sind und hauptsächlich aus entzündeten Komedonen bestehen, die nicht über das papuläre Stadium hinausgehen. Die dritte Gruppe bilden jene Fälle, welche eine Kombination der beiden ersten darstellen. Für Fälle der ersten Art kann mit Vorteil eine Staphylokokkenvaccine, für jene der zweiten eine Aknebacillusvaccine und für die dritte eine Mischung aus beiden Vaccinesorten in Anwendung kommen. Diese Impfungen müssen jedoch Monate hin-

durch gebraucht werden und ersetzen keineswegs die lokale oder die zuweilen erforderliche allgemein konstitutionelle Behandlung. Immerhin bildet also die Vaccinebehandlung ein Hilfsmittel für hartnäckige Fälle, wenn auch Rückfälle nach derselben häufig beobachtet worden sind und wirkliche Immunität vielleicht noch besser durch die lokalen Mittel der Radio- und Radiumtherapie hervorgerufen wird. Keineswegs teilen Verfasser die Ansicht von ENGMAN, welcher erklärt, die Vaccinetherapie der Akne käme jener des Heilserums gegen Diphtherie gleich.

Über Herpes recurrens am Gesäfs, von H. G. ADAMSON. Der von A. beobachtete Fall betraf einen siebenjährigen Knaben, bei dem das rechte Gesäfs im Durchmesser von 9—10 cm von den Herpesbläschen besetzt und früher schon zweimal ein ähnlicher, wenn auch nicht so ausgedehnter Ausschlag am Gesäfs vorhanden, aufserdem schon verschiedene Anfälle von Herpes labialis aufgetreten waren. Die Herpeseruption stellte sich innerhalb weniger Tage ohne vorhergehende oder begleitende Schmerzerscheinung ein. Die Fälle von Herpes am Gesäfs sind ziemlich selten und A. führt noch drei weitere, von SEQUEIRA beobachtete an, bei welchen ebenfalls Herpes labialis und progenitalis mit verbunden waren. Die Ätiologie des Herpes erfährt mit diesen Beobachtungen keine Klärung, wenn auch als feststehend anzusehen ist, dafs rezidivierender Gesäfsherpes in Gemeinschaft mit anderen Formen von rezidivierendem Herpes auf Stoffwechselstörungen, speziell sogenannter Lithaemie oder Arthritismus, zurückzuführen ist.

Die Behandlung des intranasalen Lupus mit Jodnatrium und Wasserstoffsuperoxyd (PFANNENSTIELS Methode), von J. H. SEQUEIRA. Die Methode besteht darin, dafs 45 g Jodnatrium, auf sechs Dosen verteilt, per Tag gegeben werden. Jeden Morgen wird die Nasenhöhle vermittels der Nasendusche, welche etwas Chlornatrium und ein mildes Antiseptikum, wie Borsäure, enthält, gründlich von allen Krusten gereinigt und dann ein mit 2%iger Wasserstoffsuperoxydlösung gesättigter Tampon eingeführt. In manchen frühzeitig zur Behandlung kommenden Fällen tritt innerhalb acht bis zehn Tagen Heilung ein, meist sind aber 14 Tage bis drei Wochen, oft auch noch längere Zeit notwendig. Die Methode PFANNENSTIELS beruht auf der Tatsache, dafs in Gegenwart von Ozon aus Jodkomponenten Jod frei wird und dann dasselbe eine hochgradig bakterizide Wirkung entfaltet. Bezüglich der Dauerwirkung der Methode läfst sich Bestimmtes noch nicht sagen, immerhin ist sie aber schon von dem Gesichtspunkte aus zu empfehlen, dafs entstellende Operationen zu vermeiden sind.

Ein Bericht über 700 Fälle von Tinea capitis, von H. M. SCOTT-London. Von den 700 Fällen von Ringwurm des behaarten Kopfes, die an der dermatologischen Klinik des London Hospital der Reihe nach beobachtet wurden, waren 628 Mikrosporon (=89,8%) und 72 (=10,2%) Endothrixfälle; 405 (=57,8%) betrafen Knaben und 295 (=42,2%) Mädchen. Das hauptsächliche Alter waren sechs bis acht Jahre. Die Behandlung ward stets mit X-Strahlen, die Nachbehandlung in der Weise ausgeführt, dafs der Kopf regelmäfsig einmal per Woche gewaschen, bis das Haar ausfällt, und dann tägliche Waschungen mit nachfolgender Salben- (von Quecksilber-Ammoniat oder -Nitrat) Applikation vorgenommen werden. In den wenigen Fällen, wo die erste Röntgenbestrahlung keine vollständige Enthaarung bewirkt hat, wurde aber erst nach Umlauf eines Monats eine zweite Bestrahlung angewandt. SCOTT führt an, dafs nahezu 3000 Fälle von Tinea capitis an seiner Klinik nach dieser Methode (mit Röntgenstrahlen) behandelt worden sind, ohne dafs in einem einzigen Falle dauernde Alopecia eintrat. Die zehn Fälle von Favus, die gleichzeitig beobachtet wurden und alle Kinder von Ausländern betrafen, wurden in derselben Weise wie Tinea behandelt.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Oktober 1911.

Die symptomatischen, histologischen und biochemischen Eigenschaften des papulo-vesikulösen Ekzems, von L. Brocq, L. M. Pautrier und J. Ayrignac. Das papulovesikulöse Ekzem ist ein scharfumschriebenes Krankheitsbild, dessen Primäreffloreszenz sich zusammensetzt: 1. aus einer roten, runden, etwas erhabenen, auf Druck verschwindenden Basis und 2. aus einem zentralen Bläschen, das leicht platzt, eine gelbliche Flüssigkeit ausscheidet und sich mit einer schwärzlichen Kruste bedeckt. Gleichzeitig findet man fast stets an irgendeiner Stelle, besonders den Beinen, einen dem gewöhnlichen Ekzem analogen Herd mit verdickter, exkoriierter, tief entzündeter Haut. Das papulovesikulöse Ekzem tritt stets diffus auf und hat Neigung sich zu generalisieren. Die einzelnen Nachschübe, die stets intensives Jucken erzeugen, folgen meist rasch aufeinander. In klinischer Hinsicht hat es nahe Verwandtschaft mit der Prurigogruppe einerseits und dem vesikulösen Ekzem andererseits.

Histologisch findet man Hyperämie und starkes Ödem des Papillarkörpers und der oberen Cutispartien mit Blutaustritt aus den Gefäfsen. Die Ödemflüssigkeit wühlt sich dann nach oben in die Schleimschicht und lockert sie auf. Damit kann der Prozefs beendet sein, meist gelangt aber die Flüssigkeit in die Stachelschicht und bildet dort tiefe Bläschen, die sich rasch vergröfsern und bis unter die Hornschicht reichen. Der Blaseninhalt enthält ziemlich reichlich Polynukleäre, nie Mikroorganismen. Nach dem Platzen der Bläschen bilden sich Krusten, unter denen sich die Hornschicht regeneriert. Diese histologischen Befunde entsprechen auch dem vulgären Ekzem, doch liegt der Unterschied nach Ansicht der Autoren darin, dafs beim gewöhnlichen Ekzem das Ödem die Epidermis an zahlreichen Stellen angreift und multiple nahe aneinandergelegene Bläschen bildet, während beim papulovesikulösen Ekzem die pathologischen Vorgänge sehr scharf auf einen Fleck lokalisiert sind, wodurch sie an Intensität zu gewinnen scheinen. Andererseits bringt auch die Histologie das papulovesikulöse Ekzem der Prurigo nahe. Genaue Harnanalysen, die bei 14 auf gleiche Kost gesetzten Patienten vorgenommen wurden, ergaben eine beträchtliche Verminderung der Durchgängigkeit der Nieren. Aufserdem waren in 80% der Fälle die Fermentationsvorgänge im Darme bedeutend erhöht.

In ätiologischer Hinsicht schreiben die Autoren der Autointoxikation und nervösen Erschütterungen die wichtigste Rolle zu. Therapeutisch mufs neben der lokalen Behandlung auch eine den chemischen Harnveränderungen entsprechende Diät platzgreifen. Es hat sich oft gezeigt, dafs Kranke, die aus dem Spitale entlassen wurden und die vorgeschriebene Kost nicht einhielten, sofort ein Rezidiv bekamen.

Naevus caeruleus, von W. Dubreuilh und G. Petges. Eine 46jährige Frau mit zahlreichen weichen Naevis auf der Stirn hatte seit zwei Jahren einen erbsengrofsen, glatten, festen, scharfbegrenzten indolenten Knoten von schwarzblauer Farbe. Histologisch findet sich eine scharfbegrenzte bis zur Subcutis reichende, neoplastische Infiltration der Cutis. Die Epidermis ist verdünnt und begrenzt sich fast geradlinig nach unten. Im Tumor selbst findet man, besonders nahe der Epidermis, charakteristische Naevuszellen mit reichlichem Protoplasma und hellen Kernen. Die Hauptmasse wird von grofsen mit viel scholligem Pigment versehenen Zellen gebildet, deren Kern fast unsichtbar ist. Daneben sieht man kleinere, gut erhaltene Zellen mit staubförmigem Pigment. Das Pigment ist gelb bis braun, gibt nicht die Reaktion des Blutpigments und findet sich hauptsächlich in den tiefen Cutisschichten. Das Bindegewebe ist am Rande des Tumors zusammengedrängt, im Inneren rarefiziert. Ebenso die elastischen Fasern. Die Autoren rechnen diese Bildung zu den echten Pigment-

mälern. Die blaue Farbe rührt daher, das die pigmentierte Schicht von normaler Haut gedeckt ist und daher bläulich durchscheint.

Über die Struktur der blennorrhoischen Lymphgefäfsentzündung, von CH. AUDRY. A. hatte bei einer Circumcision Gelegenheit ein Stückchen eines blennorrhoisch affizierten Lymphstranges des Penis zu exzidieren und histologisch zu untersuchen. Der Strang besteht hauptsächlich aus Bindegewebe, das von gesunden Gefäfsen und von Lymphgefäfsen, die teils normal, teils entzündlich verändert sind, durchzogen wird. Diese letzteren sind von konzentrischen Bindegewebsschichten umgeben, ihr Lumen ist von einem Zellhaufen verstopft. An diesem unterscheidet man zwei Schichten: 1. aufsen eine subendotheliale Infiltration und 2. eine Infiltration des Lumens. Die Infiltrate bestehen hauptsächlich aus Lymphocyten, sehr wenig Mono- und Polynukleären. In der Umgebung dieser Lymphgefäfse finden sich vereinzelte Entzündungsherde. Von den syphilitischen Lymphgefäfsveränderungen unterscheiden sich die blennorrhoischen durch das vorwiegende Befallensein des Endothels.

Osteonaevus, von NANTA. Einem 16jährigen Mädchen wurde ein weicher Naevus vom rechten Mundwinkel, der in den letzten Jahren gewachsen war, exstirpiert. Histologisch fand sich die Epidermis etwas verdünnt, die Grenze zum Papillarkörper fast geradelinig. Die subepitheliale Cutisschicht ist normal, in den tieferen Teilen sieht man Gefäfserweiterung, Bindegewebsbündel und Zellvermehrung. In den tiefsten Lagen sind Lanugohaare, Riesenzellen und ein kleines Knochenstückchen. Die äufseren Teile dieses letzteren waren ganz distinkt, die zentralen mehr von osteoider Beschaffenheit. Dieser Fall und der von HEIDINGSFELD beweisen die Berechtigung, den neuen Typus des Osteonaevus aufzustellen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XXII. Juli 1911.

1. **Tierische Parasiten als Ursache der aleukämischen Vergröfserung der Lymphdrüsen (Pseudoleukämie) und der vergröfserten Menge von Blutplättchen,** von SELENEW. Unter den Ursachen für die Pseudoleukämie sieht S. die Sypilis als eine sehr wichtige an, was auch durch ein Beispiel belegt wird, und als eine weiteres Eindringen von tierischen Parasiten ins Blut. Zu dieser Annahme ist S. durch einen Zufall gekommen, indem er die Beobachtung einer Pseudoleukämie bei einem 60jährigen Fleischer beschreibt, welcher behauptet, sich beim Schlachten eines mit vergröfserten Drüsen behafteten Schafes infiziert zu haben und selber der Überzeugung war, dafs derartig kranke Schafe von irgendwelchen Parasiten infiziert würden. Und wirklich ergab die Untersuchung des Blutes dieses Kranken das Vorhandensein eines Parasiten, der mit einem Kopf, Augen, Brust, Bauch und von letzterem ausgehenden flügelartigen Gebilden ausgestattet war. Eine nähere Bestimmung dieses Parasiten vermag S. nicht zu geben, da sich nichts Ähnliches in der Literatur beschrieben findet.

2. **Ein Fall von Pseudo-HUTCHINSONschen Zähnen,** von HAMRAT-KUREK. Als Ursache für die bei einer 29jährigen Bäuerin vorhandenen HUTCHINSONschen Zähne spricht Verfasser das beständige Zerknacken von Sonnenblumensamen an.

3. **Ein Fall von Syphilonychia haemorrhagica,** von MSAREULOW. Beobachtung von dunkelrotbrauner-violetter Verfärbung der Nägel und von Verdickung, Unebenheit und Trübung der Nagelsubstanz bei einem 19jährigen Luetiker. Unter einer spezifischen Behandlung gingen die Nagelveränderungen sichtbar zurück.

4. **Über 441 Fälle von intravenöser Salvarsaneingiefsung,** von DOLGOPOLOW. Verfasser hat keine unangenehmen Zufälle bei diesen intravenösen Salvarsaneingiefsungen erlebt,

5. **Ein selbstwirkender Ring gegen Pollutionen,** von Schnittkind. Dieser von einem Patienten selbst entdeckte, über das Glied zu stülpende Ring, welcher den Zweck verfolgt, den Träger rechtzeitig, bevor es zur Pollution kommt, aufzuwecken, hat nur Interesse als Curiosum. *Arthur Jordan-Moskau.*

Sexual-Probleme.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

Mai 1911.

Zur Biologie des Hymens, von E. Stechow. Verfasser hält das menschliche Hymen für das Rudiment eines Scheidenverschlusses aus den frühen Zeiten der Stammesentwicklung, wie wir ihn z. B. beim jungen Maulwurf und andeutungsweise auch bei anderen höheren Säugetieren finden.

Juni 1911.

Über die Todesursachen der beim Preufsischen Beamtenverein von 1903 bis 1908 im Alter von 31 bis 50 Jahren verstorbenen Versicherten, von Eisenstadt. Diese verdienstvolle Statistik umfafst die Todesursachen bei 222 Männern, die mit wenigen Ausnahmen als geistige Arbeiter zu rechnen sind. Hiervon starben an nachsyphilitischen Erkrankungen 33, also eine grofse Anzahl im Vergleich zu den sonst gröfsten Gruppen: Tuberkulose 40, Infektionskrankheiten 32 usw. Auffallend ist das geringe gleichzeitige Vorkommen von Syphilis und Tuberkulose bei geistigen Arbeitern im Vergleich zu dem sonst oft konstatierten bei gewerblichen Abeitern.

Arthur Schucht-Danzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

1. September 1911.

Spätfolgen der Prostatektomie, von O. Pasteau. Die Folgen der Prostatektomie sind verschieden, je nachdem sie wegen Hypertrophie oder Tumoren, auf perinealem oder suprapubischem Wege vorgenommen wird. Bei Hypertrophie der Prostata mit Blaseninfektion schafft die perineale Methode augenblickliche Erleichterung; doch entleert sich späterhin die Blase nicht mehr so gut, so dafs die Infektion nicht völlig schwindet. Ist die Blase nicht infiziert, so schwindet die Retention ebenfalls sofort, kommt aber im Laufe der Jahre wieder, da zurückgebliebene Reste der Prostata wieder gewuchert sind. Andere Spätfolgen sind Impotenz, Steine, Fisteln und eitrige Hodenentzündungen. Die suprapubische Operation ist zwar der schwerere Eingriff und besonders vom Verhalten der Nieren abhängig, doch gestattet sie eine exaktere Entfernung der Prostata und gibt infolgedessen bessere Dauerresultate.

Die radikale Entfernung der Prostata wegen maligner Degeneration führt in den meisten Fällen unmittelbar zum Tode. Nur wenige Kranke überleben sie einige Jahre, ohne aber geheilt zu sein. Pasteau hält es daher für richtiger, dafs nur eine palliative, weniger eingreifende Operation vorgenommen wird, die den Kranken Erleichterung schafft und ihr Leben verlängert.

Über die Natur und die Ursachen der Prostatahypertrophie, von Guepin. Im wesentlichen Polemik gegen die wechselnden Anschauungen über die Prostatahypertrophie.

Spätkomplikationen der transvesikalen und perinealen Prostatektomie. Geistesstörungen vor und nach der Operation, von Barthélemy Guisy. Verfasser hat unter 93 Fällen von Prostataerkrankungen verschiedenster Natur neunmal psychische

Störungen gesehen. Diese manifestieren sich als Charakteränderung, Trägheit, Melancholie mit und ohne Halluzinationen, als manische Anfälle mit Selbstmordtendenz, Zittern und Krämpfe. Aber auch nach Entfernung der erkrankten Prostata sah er Charakteränderung und Melancholie. Diese Zustände halten sehr lange an, ja gehen manchmal nicht mehr zurück. Den Grund zu diesen Erscheinungen sieht er im Ausfalle einer inneren sekretorischen Tätigkeit der Prostata, die direkt auf die psychomotorische Sphäre wirkt.

Behandlung der Prostatahypertrophie mittels perineo-transurethraler Prostatektomie, von PAUL DELBET. An der Hand eines Falles erläutert D. unter obigem Namen eine neue chirurgische Methode. Mittels einer Leitsonde wird eine mit einer Rinne versehene Metallsonde in die Pars membranacea eingeführt. Dann wird am Perineum links von der Raphe inzidiert, mit dem Zeigefinger die Sonde gesucht und über dem Nagel die Urethra eröffnet. In der Öffnung werden Sonde und Leitsonde getrennt, erstere herausgezogen und von aufsen an letztere angeschraubt. Durch die Operationswunde wird nun die Metallsonde in die Blase geleitet, die Urethra durch Stifte, die längs der Rinne geführt werden, erweitert. Schliefslich geht der Operateur mit dem Finger ein und enukleiert die Prostata.

Kongenitale Verengerung des Orificium ext. urethrae. Meatonie, Dilatation, Rezidiv. Plastik des glandaren Teiles der Urethra mittels eines dermo-epidermalen Lappens nach NOVÉ-JOSSERAUD, von LERICHE und COTTE. Der Titel sagt das Wesentliche.

Die elektrischen Behandlungsmethoden gewisser chronischer Formen der blennorrhoischen Urethritis beim Manne, von RAOUL DUPUY. Verfasser empfiehlt folgende Methoden: 1. Elektroionisation mit Kupfer bei diffusen Urethritiden, 2. lineäre Elektrolyse bei harten Strikturen und bei chronischer Infektion der MORGAGNIschen Lakunen, 3. lineozirkuläre Elektrolyse bei Cysten der Urethraldrüsen und 4. zirkuläre Elektrolyse bei weichen Strikturen, die oft durch Polypen gebildet werden.

Methode die Nierenfunktion zu prüfen, wenn der Uretherenkatheterismus und die Urinseparation unmöglich sind, von ROCHET. R. empfiehlt folgendes Verfahren: Die Niere, die man für erkrankt hält, und etwa 5 cm des Urethers werden freigelegt, dieser 1 cm lang inzidiert und eine Sonde in das Nierenbecken geführt, eine zweite, dicke, in die Blase. So wird der Urin nach aufsen geleitet und kann nicht in die Blase. Nachdem nun die Blase gereinigt wurde, entnimmt man ihr noch $^1/_2$ Liter Urin (das ist von der anderen Niere) und unterwirft ihn der Untersuchung. Ist diese Niere gesund, wird die freigelegte exstirpiert, andernfalls wird sie belassen und die Uretherenwunde genäht.

Hektine und Hektargyre in der Behandlung der Syphilis, von SCHOULL. Verfasser hat mit diesen Mitteln ausgezeichnete Erfolge gehabt und hebt besonders die Ungefährlichkeit im Vergleiche mit Salvarsan hervor.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Techniques du Diagnostic par la Methode Deviation du Complement, von P. F. ARMAND-Delille. (Masson et Cie., Paris, 1911.) Ein kleines Handbuch, das die ihm von seinen Autoren gegebene Bestimmung vollkommen zu erfüllen vermag. Neben allgemeinen Angaben über die Disposition der Versuchsanordnung mittels des BORDET-

Gengouschen Versuchs finden sich namentlich sehr klare Angaben über die Gewinnung und Konservierung der zur Reaktion nötigen Reagenzien, über die für den Einzelversuch nötigen Dosen der Reagenzien, sowie namentlich über geeignete Wege, zur Vermeidung von Fehlerquellen. Zahlreiche Tabellen und gut reproduzierte Abbildungen ermöglichen den mit dem Gebiete Vertrauten eine schnelle Orientierung über die im Einzelfall nötige Versuchsanordnung und sonstigen technischen Details. Die verschiedenen auf dem Bordet-Gengouschen Versuch aufgebauten diagnostischen Methoden zur Erkennung ätiologisch bekannter oder unklarer Infektionskrankheiten werden eingehend aber bei Vermeidung unnötiger Details besprochen. Die eingehende und klare Besprechung der biologischen Grundlagen des Bordet-Gengouschen Versuchs und der auf ihm aufgebauten diagnostischen Methoden, wie sie die Einleitung enthält, wird namentlich denjenigen willkommen sein, welche noch Neulinge auf dem einschlägigen Gebiete sind. Indessen wäre es verkehrt, wollte ein nicht mit dem Gebiet Vertrauter hoffen, sich durch die Lektüre des Büchchens von heute auf morgen die für eine einwandfreie Anwendung der Komplementbindungsmethode nötigen Grundlagen verschaffen zu können. Die Autoren selbst warnen eindringlich vor einer derartigen Auffassung. Für den mit dem Gebiet Vertrauten wird das Büchlein stets ein willkommener Wegweiser und Ratgeber im Laboratorium sein und kann nur warm empfohlen werden. In der Hand des biologisch Ungeschulten teilt es das Schicksal ähnlicher Kompendien und ist geeignet mehr Unheil als Nutzen zu stiften.

Graetz-Hamburg.

La syphilis expérimentale (Die experimentelle Syphilis), von Alfr. Levy-Bing und Paum Laffont. (Octave Doin et fils, Paris, 1911.) Wer Umschau halten will auf dem weiten Gebiete der experimentellen Syphilisforschung, der wird angesichts der enorm angewachsenen Literatur eine zusammenfassende Darstellung des Gebietes, wie sie in der vorliegenden Monograhie enthalten ist, mit Freuden begrüfsen, auch wenn sie in einem fremden Idiom abgefafst ist. In Form eines kritischen Referates geben uns die Autoren einen Überblick über die Entwicklung und den jetzigen Stand des gesamten heute bereits soweit entwickelten Zweiges biologischer Forschung. Es wäre ein vergebliches Bemühen im Rahmen einer kurzen Besprechung auch einen nur einigermafsen erschöpfenden Überblick über die Fülle des Tatsachenmaterials geben zu wollen und mufs man sich wohl damit begnügen, die überaus klare Disposition der Abhandlung in Kürze zu reproduzieren.

Die Monographie zerfällt in drei gröfsere Abschnitte, welche sehr übersichtlich wieder in einzelne Kapitel gegliedert sind. Nach einem historischen Überblick über den Stand der Frage bis zur Publikation der ersten, wirklich einwandfreien, Syphilisübertragungsversuche auf Affen durch Metschnikoff und Roux folgt ein Überblick über die zoologische Stellung der verschiedenen niederen und höheren Affenarten, welche vorwiegend als Versuchstiere in Betracht kommen. Hieran schliefst sich die Erörterung über Auswahl des Impfmaterials, über die günstigsten und für die Impfung geeignetsten Abschnitte des Tierkörpers. Klinische und symptomatologische Studien über die Affensyphilis selbst beschliefsen den ersten Abschnitt.

Der zweite Abschnitt behandelt nach gleichen Gesichtspunkten geordnet, den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung und Syphilisübertragung auf die übrigen Säugetiere.

Einen sehr bemerkenswerten und äufserst anregenden Abschlufs bildet der dritte Abschnitt, welcher sich mit der Bedeutung der experimentellen Syphilis für die Pathogenese, Diagnose und Therapie der menschlichen Syphilis befafst.

Wer sich die Mühe nicht verdriefsen läfst, das vorliegende Werkchen einem genaueren Studium zu unterwerfen, wird neben vielen bekannten Tatsachen auch

manche neue Gesichtspunkte darin finden und mancherlei Anregungen daraus schöpfen können. Die Fragestellung der Autoren ist präzise und dementsprechand die Darstellung äufserst klar. Gerade die Art der Darstellung, welche auch dem in der Sprache weniger Bewanderten die Lektüre des Werkchens ohne grofse Schwierigkeiten ermöglicht, verhindert auch, dafs die Reproduktion so vieler an sich bekannter Tatsachen nicht ermüdend wirkt und kann die Lektüre der Monographie warm empfohlen werden. *Graetz-Hamburg.*

Considérations sur la lèpre aux iles Hawai (Betrachtungen über Lepra auf den Hawaischen Inseln), von Leon Dekeyser. (F. Ernest-Goossens, Brüssel, 1911.) Nach einem kurzen Überblick über Land und Leute behandelt der Verfasser die Bedeutung der gelben Einwanderung in politischer, namentlich aber in epidemiologischer Hinsicht, soweit es sich um die Einschleppung der Lepra auf die Hawai-Inseln handelt. Dafs die Lepra nicht schon vor dem Eintritt der gelben Einwanderung auf den Inseln verbreitet war, läfst sich nicht mit Sicherheit ausschliefsen, da schon vor dieser Zeit sporadische, ätiologisch allerdings unklare Erkrankungsfälle vorgekommen sind, welche wohl als Leprafälle gedeutet werden müssen. Für das epidemische und endemische Auftreten der Lepra auf den Inseln scheint die Einwanderung anderer Rassen, namentlich der gelben, allerdings nicht ohne Einflufs gewesen zu sein. Verfasser bespricht dann eingehend die gesetzlichen Mafsnahmen über die Isolierung Leprakranker. Die Ausbreitung der Lepra hat in dieser Hinsicht eine Reihe sanitär-hygienischer Mafsnahmen erforderlich gemacht, welche durch gesetzliche Bestimmungen strikte geregelt sind. Die Bekämpfung der Lepra erfolgt auch hier in erster Linie durch die Isolierung der Erkrankten. Doch sind bei aller Schärfe der Bestimmungen Vorsichtsmafsregeln gegen eine ungerechtfertigte Isolierung getroffen, und aufserdem ist auch die Art der Isolierung derart gehandhabt, dafs den unglücklichen Kranken die Verbannung aus der Gesellschaft ihrer Mitmenschen nach Möglichkeit erträglich gemacht wird. Es kann im Rahmen dieses kurzen Referates auf die interessanten epidemiologischen und therapeutischen Studien nur in Kürze hingewiesen werden. Zur genaueren Orientierung mufs auf das zur Lektüre empfehlenswerte Original hingewiesen werden.

Graetz-Hamburg.

Über Wesen und Behandlung der Diathesen. Drei Referate von W. His, M. Pfaundler und B. Bloch. (*Verhandlg. d. deutsch. Kongr. f. inn. Med.* Bd. 28.) His-Berlin berichtet über „Geschichtliches und Diathesen in der inneren Medizin", Pfaundler-München über „Wesen und Behandlung der Diathesen im Kindesalter" und schliefslich Bloch-Basel über „Diathesen in der Dermatologie". Von den früher postulierten wichtigsten Diathesen, dem Herpetismus, Lymphatismus und Arthritismus, ist ersterer aufgegeben, der zweite deckt sich teils mit Skrophulose, teils mit der exsudativen Diathese und nur der Arthritismus kommt für die Dermatologie in Betracht. Die dem Arthritismus zugrunde liegende Stoffwechselstörung konnte bis heute nicht ermittelt werden, und trotzdem kann er nicht völlig negiert werden, da die Tatsachen für ihn sprechen. Äufserst sorgfältige Beobachtungen haben ergeben, dafs es Menschen gibt, bei denen gewisse Hautleiden (Ekzem, Urticaria, Pruritus, Seborrhoe usw.) ebenso wie innere Leiden (Gicht, Gallen- und Nierensteine, Neuralgien usw.) in steter Abwechselung auftreten. Dieselben Krankheiten kommen auch bei anderen Mitgliedern derselben Familie vor. Bloch geht dann näher auf Idiosynkrasien (Urticaria) ein und fafst sie unter dem Namen chemische Allergie zusammen. Er bespricht auch die Bruckschen Versuche, die einen Teil des arthritischen Symptomenkomplexes als anaphylaktische Vorgänge erscheinen lassen.

Wenn man aber die Diathese allgemein als chemische Allergie und die diathetische Dermatose als Reaktion der allergischen Haut auf akzidentelle Reize aufafst, so

kann man noch andere Dermatosen unter die diathetischen subsummieren, wie die multiplen Xanthome, Pellagra, Fagopyrismus, Hydroa aestivalis usw.

Richard Frühwald-Leipzig.

Lues und innere Medizin, von Richard Bauer. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1910.) In diesem Buche hat der Verfasser seine Erfahrungen, die er an 1500 mittels Wassermannscher Reaktion untersuchten Fällen innerer Erkrankungen gesammelt hat, niedergelegt. Er teilt den Stoff in sechs Abschnitte, und zwar: Syphilis der Leber, der Nieren, des Magendarmtraktes, der Lungen und Bronchialdrüsen, bei Blut- und Stoffwechselerkrankungen und Morbus Basedowii und schliefslich besonders eingehend die Syphilis des Blutgefäfssystems. An der Hand von Krankengeschichten erörtert er das klinische Bild und den Verlauf dieser Erkrankungen, Diagnose und Differentialdiagnose mit besonderer Berücksichtigung der Seroreaktion. Zum Schlusse bespricht B. die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion und weist darauf hin, dafs sie nur die Syphilis des Individuums, nicht die des erkrankten Organs anzeigt. Deshalb mufs das klinische Bild vor allem studiert werden und die Seroreaktion darf nur ein Hilfsmittel bei der Diagnose, Prognose und Therapie sein.

Im Anhang wird kurz die Technik der Reaktion angegeben.

Richard Frühwald-Leipzig.

Dritter Bericht über Salvarsanbehandlung aus dem K. Marinelazarett Kiel-Wik, von Gennerich. (August Hirschwald, Berlin, 1911.) G. berichtet an der Hand von Krankengeschichten über die Erfolge mit Salvarsan, Nebenwirkungen usw. Besonders bespricht er das Umschlagen einer negativen Wassermannschen Reaktion in eine positive nach provokatorischer Salvarsaninjektion bei latenter Lues. Auf diese Weise kann Heilung von Latenz bei negativer Seroreaktion unterschieden werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Über Epididymitis tuberculosa, von A. Kuschmann. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Verfasser teilt ausführlich 52 Fälle mit. Von diesen Fällen standen vier Fälle im Alter unter zehn Jahren, 18 Fälle standen im zweiten Dezennium, 19 Fälle im dritten Dezennium, sechs Fälle im vierten Dezennium, zwei Fälle im fünften Dezennium, zwei Fälle im sechsten Dezennium, ein Fall im siebenten Dezennium. Es tritt die auffällige Bevorzugung des kräftigen Mannesalters hervor. Da die Angaben der Patienten in vielen Fällen ungenau sind, so läfst sich nur in acht Fällen eine hereditäre Belastung mit Phthise feststellen. Als Gelegenheitsursache wird in zehn Fällen Blennorrhoe angeschuldigt. In einem Fall liegen jedoch fünf Jahre seit der Infektion zurück; deshalb scheint ein Zusammenhang wenig wahrscheinlich zu sein. Im Anschlufs an Trauma ist es in vier Fällen zum Ausbruch der tuberkulösen Erkrankung gekommen. Vergesellschaftet mit tuberkulöser Erkrankung anderer Organe ist die Hodentuberkulose in 28 Fällen aufgetreten, und zwar war: alleinige Lungentuberkulose in 17 Fällen, Lungen- und Larynxtuberkulose in vier Fällen, Lungen- und Nierentuberkulose in drei Fällen, alleinige Nierentuberkulose in einem Fall, Coxitis

tuberculosa in zwei Fällen nachgewiesen. Mit Ausnahme eines Falles ist die Hodentuberkulose einseitig aufgetreten, und zwar war der rechte Hoden in 30 Fällen ergriffen. Es zeigt sich also eine auffällige Bevorzugung des rechten Hodens. Vielleicht hängt es damit zusammen, dafs der rechte Hoden im allgemeinen kleiner zu sein pflegt als der linke. Letzterer erhält durch seine Art. spermat. intern. das arterielle Blut direkt aus der Aorta abdom., im Gegensatz zur rechten Art. spermat. intern., die sich meist von der Arter. renalis dextra abzweigt. Umgekehrt ist der Verlauf der Venae spermaticae internae. Die rechte fliefst direkt zur Vena cava inferior, während sie links unter rechtem Winkel in die Vena renalis einmündet. Infolge dieser Gefäfsverzweigung ist die arterielle Zufuhr im linken Hoden stärker, der Abflufs des Blutes langsamer, er wird also besser als der rechte Hoden ernährt, was auch mit der Tatsache übereinstimmt, dafs, je stärker ein Organ durchblutet wird, um so geringer ist die Gefahr einer tuberkulösen Affektion. Zum Durchbruch des tuberkulösen Herdes nach aufsen ist es in 20 Fällen gekommen, wobei die Zeit der Erkrankung zwischen drei Wochen bis einem Jahr schwankte. Die Gefahr des Übergreifens des tuberkulösen Prozesses auf den Hoden der gesunden Seite ist sehr grofs und darf nie aus dem Auge gelassen werden. Zwar tritt die Hodentuberkulose von vornherein beiderseitig selten auf (aus den oben erwähnten 52 Fällen nur in einem Falle), sie bleibt aber nie auf einen Hoden isoliert und übt bei mehr oder weniger längerem Bestande ihr zerstörendes Werk auch auf den zweiten Hoden aus. Die therapeutischen Eingriffe lassen im allgemeinen eine möglichst radikale Tendenz erkennen. Es wurde 42 mal die Kastration ausgeführt, einmal kombiniert mit Evulsion des Samenstranges. Doppelseitig wurde von vornherein nur einmal kastriert, fünfmal ist es später nach eingetretenem Rezidiv zur Entfernung des zweiten Hodens gekommen. In einzelnen Fällen ist auch die konservative Behandlung zur Anwendung gekommen. Einen wesentlichen Erfolg konnte man jedoch damit nicht erzielen. Die Epididymektomie wurde in sechs Fällen ausgeübt. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen zehn Tagen und neun Monaten (letztere Zahl nur in einem Fall). Um ein genaues Bild über die therapeutischen Erfolge zu gewinnen, wandte sich Verfasser an die zur Behandlung gekommenen Patienten; er konnte aber nur in 28 Fällen eine Auskunft erhalten; da während der Behandlung vier Patienten ad exitum gekommen waren, läfst sich also das Schicksal von 32 Patienten ermitteln. Im ganzen sind ad exitum 13 Patienten gekommen. In allen Fällen, die unmittelbar an Tuberkulose gestorben sind, war das Leiden sehr weit vorgeschritten und mit Erkrankung der Lungen, des Kehlkopfes oder des ganzen Urogenitaltraktes kombiniert. Die am Leben gebliebenen 19 Fälle sind als völlig gesund und mit ihrem Zustande völlig zufrieden ermittelt worden. Die Libido hat zwar in einigen Fällen etwas abgenommen, die Potentia coeundi ist bei allen erhalten, ja in mehreren Fällen hat die Kastration eine heilende Wirkung auf die tuberkulösen Prozesse der Prostata ausgeübt; auch soll in einem Fall das Lungenleiden vollständig nachgelassen haben.

Auf Grund seiner Zahlen und Erörterungen zieht Verfasser den Schlufs, dafs die Kastration eine sichere und berechtigte Behandlungsmethode ist. Das Zurückbilden tuberkulöser Knoten in der Prostata und den Samenblasen, der günstige Einflufs auf das Gesamtbefinden, das völlige Ausbleiben irgendwelcher psychischer Störungen auch nach Entfernung beider Hoden deuten einleuchtend darauf hin, dafs man die Zeit mit konservativen Mafsnahmen nicht vergeuden und eher zum Messer greifen soll.

Fritz Loeb-München.

Exzision der Portio parietalis der Tunica vaginalis zur Heilung von Schmerzen im Testikel nach blennorrhoischer Entzündung, von George T. Tyler. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 11.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Zur Kasuistik der Orchitis und Epididymitis bei akuten Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Orcho-Epididymitis nach Pneumonie, von Waldemar Kranzfeld. (Inaug.-Dissert. Berlin 1911.) Zu kurzem Referat nicht geeignet. *Fritz Loeb-München.*

Die Sektion der Vasa spermatica bei der Orchidopexie. (*Semaine méd.* 1911. Nr. 17.) Die Operation wird vorgenommen, um den in die richtige Lage gebrachten Hoden zu verhindern, in seine alte, falsche Lage zurückzukehren. Nur selten soll Gangrän oder Atrophie des Hodens eine Folge des Eingriffs sein.

Gunsett-Strafsburg.

Pyämie nach akuter staphylomykotischer Spermatocystitis, von G. B. Gruber-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr 19.) Verfasser teilt ausführlich den Sektionsbefund bei einem nach kurzem Kranksein verstorbenen 24jährigen Manne mit, bei welchem obige Diagnose zu stellen war. Die linke Samenblase und der linke Nebenhoden zeigten eine ausgiebige eitrige Entzündung, welche auf das Vorhandensein von Staphylococcus pyogenes aureus sich zurückführen liefs. Am Penis und namentlich an der Harnröhre war nichts Pathologisches zu konstatieren. Dagegen war die Wand des linken Ductus ejaculatorius ihres Epithelbelages entblöfst. Von den sonstigen Körperorganen waren das Herz, die Lunge und die Nieren affiziert. Im eitrigen Pericardialbelag fanden sich ebenfalls der Staphylococcus pyogenes aureus.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur operativen Therapie der Varicocelen, von Gunnar Nilson - Carlskrona. Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 17.) Die Details der Operation müssen im Original nachgelesen werden. Der Verfasser hat in sieben Jahren 65 Marinesoldaten an Varicocele operiert, und zwar alle auf eigenen Wunsch wegen Schmerzen, mit „Ausnahme eines einzigen, wo sexuelle Beschwerden den Anlafs zum Eingriff gaben. Dieser Umstand scheint Verfasser gegen die oft geäufserte Ansicht zu sprechen, dafs die subjektiven Symptome bei Varicocele hauptsächlich neurasthenischer Art wären.“

Gunsett-Strafsburg.

Bemerkungen zum Aufsatz von Gunnar Nilson: Zur operativen Therapie der Varicocelen, von A. Narath-Heidelberg. (*Zentralbl. f. Chir.* 1911. Nr. 24.) Die von Gunnar Nilson angegebene Operation ist nur eine unwesentliche Variante einer vom Verfasser 1900 angegebenen Methode. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur operativen Therapie der Varicocelen, von G. Nilson. (*Zentralbl. f. Chir.* 1911. Nr. 32.) Der Verfasser rechtfertigt sich in einer kurzen Bemerkung gegen den Vorwurf, er kenne die Originalmitteilung Naraths über dieses Thema nicht. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. Nr. 4.) *Gunsett-Strafsburg.*

d. *Prostata.*

Über Prostatasekretion, von Richard Fischel und Karl Kreibich - Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 25.) „1. So lange nicht mikrochemische Analysen die Konstitution der Prostatakörperchen aufklären, schlagen wir die Einteilung in sudanophile, philochrome, aphilochrome Korpuskula vor.

2. Sie stammen unter physiologischen Verhältnissen sicher nicht, wahrscheinlich aber auch nicht in pathologischen Verhältnissen, von den Leukocyten ab, sondern sind ein direktes Sekretionsprodukt der Drüsenepithelien.

3. In diesen kann man unterscheiden sudanophile Granula (aus Fett oder Lipoiden bestehend?), basophile Granula und eine durch innige In- und Aneinanderlagerung entstandene Mischform dieser beiden, welch letztere bisher noch nicht beschrieben wurde.

4. Es gibt säurebeständige und jodfeste Granula unter diesen.

5. In der glatten Muskulatur sind Körnchen, die durch Pigmentdegeneration hervorgehen, säurebeständig,

6. Ob die Granula der Drüsenepithelien schon Produkte der Sekretion darstellen oder Funktionsträger sind, die erst die Körperchen produzieren, bleibt vorläufig noch dahingestellt.

7. In einigen Fällen (häufiger im exprimierten Sekret der Leiche als der Lebenden) finden sich im Dunkelfeld schwarze Kugeln, die aphilochromen Körperchen entsprechen.“ *W. Lehmann-Stettin.*

Prostata-„Gedanken“, von VIKTOR C. PEDERSEN - New York. (*New York med. Journ.* 29. Juli 1911.) P. beschreibt acht Fälle von Prostatahypertrophie, die ihm zur Beobachtung und teilweise zur Operation kamen, und faſst die hierbei gemachten Erfahrungen in folgenden Leitsätzen zusammen: Wenn die Schleimhaut der Blase noch in gutem Zustande sich befindet und die Prostatahypertrophie eben ihre (Obstruktions-) Wirkung begonnen hat, ist die beste Zeit zur Operation Aufschub, bis die Schleimhaut hochgradig ergriffen ist, ist gefährlich und kann zu Schädigungen, die nicht mehr gut zu machen sind, führen. Wenn die Prostata nur vergröſsert ist, keine oder nur geringe Obstruktion verursacht, und die Blase in gutem Zustande sich befindet, kann eine Operation nicht gerechtfertigt werden. Wenn die Blase infolge von Entzündung hochgradig — ohne Aussicht auf Heilung — verändert ist und der Katheter mit Erfolg passieren kann, so ist in den meisten Fällen ambulatorische Blasenspülung vorzuziehen und eher eine konservative Behandlung, als Operation; eine derartig beschaffene Blase bildet vielmehr eine Kontraindikation der Operation. *Stern-München.*

Klinische Beobachtungen in einigen Fällen prostatischer Obstruktion, von JAMES PEDERSEN - New York. (*Med. Record.* 8. Juni 1911.) Bericht über sechs Fälle von teilweise atypischem Charakter, von denen einige zeigen, wie maligne Geschwülste der Prostata und Blase sehr häufig undiagnostizierbar bleiben, wenn nicht die Cystoskopie zeitig genug vorgenommen wird und die Diagnose feststellt, bevor die Tumoren inoperabel geworden. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein durch Aspiration gewonnenes Prostataadenom, von KURT FRANK. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 36.) Bei einem 75jährigen Herrn mit hochgradig gesteigerter Miktionsfrequenz fanden sich zahlreiche Konkremente in der Blase, die durch Lithotripsie entfernt werden konnten. Gegen Ende des Eingriffs ergab sich bei einer der wiederholt vorgenommenen Aspirationen, daſs der Evakuator sich verstopfte und nur mit groſser Mühe bis in die Fossa navicularis gebracht wurde, von wo er erst nach instrumenteller Dilatation des Orificiums entfernt werden konnte. In der Öffnung des Evakuators fand sich ein nahezu wallnuſsgroſses, kuglig geformtes Gebilde, mit einem feinen, etwa 1½ cm langen Stiele versehen, das sich bei der histologischen Untersuchung als typisches Fibroadenom der Prostata erwies. Der Eingriff ging glatt zu Ende, es erfolgte keine stärkere Blutung, und der Patient wurde nach wenigen Tagen völlig beschwerdefrei entlassen. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Histologie der Prostatahypertrophie, von MAX LISSAUER-Königsberg. (*Virchows Arch.* Bd. 204, Nr. 2.) L. untersuchte die Prostata in 32 Fällen im Alter zwischen 1 und 73 Jahren in der Absicht, festzustellen, ob und eventuell in welcher Weise Entzündungsvorgänge bei der Prostatahypertrophie eine Rolle spielen. Er kommt dabei zu dem Ergebnis, daſs die Prostatahypertrophie eine echte Neubildung ist, daſs ein ursächlicher Zusammenhang von Prostatahypertrophie und Entzündung nicht besteht, sondern vielmehr die Entzündung als sekundäres Ereignis aufzufassen ist. *Schourp-Danzig.*

Zur Ätiologie der Prostatahypertrophie und ihrer Behandlung mit Röntgenbestrahlung der Hoden, von Wilms und H. L. Posner - Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 36.) Verfasser kommen zurück auf die Wechselbeziehungen zwischen Hoden und Vorsteherdrüse und verweisen auf die Analogien, welche zwischen den Ovarien und dem Uterus bestehen, wie solche auch aus der erfolgreichen Behandlung von Gebärmutterorganen durch Bestrahlung der Eierstöcke zu entnehmen sind. Als einen zu weiteren Prüfungen anregenden Fall schildern sie sodann folgende Beobachtung: ein 69jähriger, robuster Landwirt wurde mit Hypertrophie der Prostata und völliger Harnretention in die Klinik gebracht, wo einige tagelang Urin nur mittels Katheters entleert wurde. Versuchsweise wurde nach Abdeckung der Damm- und Blasengegend eine Röntgenbestrahlung beider Hoden ($^3/_4$ Dosis Sabouraud) vorgenommen; aufserdem wurde Urotropin gegeben. Nach vier bis fünf Tagen war kein Katheterisieren mehr nötig, und Patient wurde drei Wochen nachher nach Anwendung einer zweiten Röntgensitzung bei völligem Wohlbefinden entlassen und hatte bei der Nachuntersuchung fünf Wochen später keinerlei Beschwerden weiter gehabt. Auch war objektiv eine Abnahme der Prostataschwellung festgestellt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Entfernung der Prostata bei ihrer Hypertrophie, von Muchadse. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1911. Nr. 31 und 32.) Verfasser bricht auf Grund eines freilich nur sehr kleinen Materials eine Lanze für die Prostatectomia totalis bei der Prostatahypertrophie, da der Katheter in der Hand unintelligenter Kranker leicht zu Pyonephritis und Sepsis führt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Eine neuerliche Serie von 200 Fällen von Totalauslösung der Prostata, von P. J. Freyer-London. (*Lancet.* 8. April 1911.) Im Mai 1909 erschien ein Bericht von F. über 600 Operationen der Totalausschälung der entarteten Prostata. Seitdem hat er das Verfahren noch bei 200 Patienten ausgeführt. Für diese letzte Serie beträgt die Mortalität genau 4,5%. Von den neun tödlich verlaufenen Fällen sind fünf an Urämie zugrunde gegangen; die bei vier von ihnen ausgeführte Autopsie ergab sehr erhebliche Degeneration der Nieren, zwei Patienten starben an Erschöpfung, einer an Bronchitis und Herzerweiterung 22 Tage nach der Operation und einer acht Stunden nach dem Eingriff an Schock. Dieser, 78 Jahre alt, hatte zuvor Vasektomie beiderseits, Kastration und die Anlegung einer suprapubischen Urinfistel durchgemacht und war sehr heruntergekommen. Mehrere besonders frappante Krankengeschichten sind ausführlich mitgeteilt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Prostatektomie während des Bestehens von akuter Urinretention, von A. B. Mitchell - Belfast. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1911.) Bei einem 59jährigen Herrn führte M. nach mifslungenen Katheterisationsversuchen an der hochgefüllten Blase die Prostatektomie aus, wobei er ohne Mühe die 80 g wiegende Drüse in toto entfernte. Nach drei Wochen war Patient imstande, in normaler Weise zu urinieren.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein neues Verfahren der perinealen Prostatektomie, von Martini. (*R. Accad. di Torino.* 12. Mai 1911.) Um die perineale Prostatektomie leichter und einfacher zu machen, konstruierte der Verfasser zwei neue Instrumente, einen sog. „Désenclaveur", mit dem es gelingt, die Rückseite und die Seitenteile der Prostata gut zugänglich zu machen, und ein Prostatotom, welches dazu dient, die Prostata schnell und ohne Zerreifsung der Urethra von letzterer zu trennen. *Gunsett-Strafsburg.*

Betrachtungen über die Operationstechnik und die Nachbehandlung der Prostatectomia suprapubica, von H. Wossidlo-Berlin. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 37.) Vor der Operation ist die Blase sorgfältig zu spülen und mit antiseptischer Lösung oder mit Luft zu füllen. Der Blasenschnitt soll möglichst klein sein, aber

grofs genug, um das Blasencavum dem Auge zugänglich zu machen. Wenn möglich, soll die Prostata von der Blase aus nach ZUCKERKANDL angebohrt und mit dem Finger stumpf ausgelöst werden. Zur Blutstillung folgt heifse Irrigation der Wundhöhle, eventuell Tamponade. Einlegen eines kurzen FREYERschen Drains oder offene Wundbehandlung. Keinen Verweilkatheter, keine totale Blasennaht. Wird die Drainage mittels des FREYERschen Drains vorgezogen, Naht der Blasenwunde bis auf die Drainageöffnung. Bei aseptischem Wundverlaufe während der Nachbehandlung keine Spülungen der Blase und Prostatanische während der ersten Woche. Bei Cystitis im späteren Verlaufe Spülungen der Blase zunächst durch die Fistel oder durch die Urethra ohne Katheter nach JANET. Möglichst baldiges Anlegen des IRVINGschen Apparates. Frühaufstehen des Patienten. Bei schlechtem Allgemeinbefinden, schwerer Cystitis, Pyelonephritis zweizeitige Operation. *Schourp-Danzig.*

542 Fälle von Prostatektomie, von JUDD-Rochester. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 6.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Urinretention, von E. R. MANSELL - Hastings. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1911.) Verfasser hat eine 72jährige, an seniler Demenz leidende Patientin beobachtet, welche im Laufe von zehn Wochen fünfmal Perioden vollständiger Anurie von fünf bis sieben Tagen Dauer darbot. Schliefslich erfolgte der Exitus im Coma ohne deutliche urämische Anzeichen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die klinischen Erscheinungen bei langandauernder Anurie, von W. BRASCH. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1911. Nr. 5 und 6.) Die an drei Fällen von Anurie infolge von Ureterenverschlufs gemachten Beobachtungen beziehen sich auf das Verhältnis der Retention harnfähiger Stoffe zur Urämie, auf die Blutdruckveränderungen und die Wasserretention. Nähere Datails müssen im Original nachgesehen werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Über eine neue Methode, das Salvarsan nachzuweisen, von P. BEISELE-Tutzing. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 24.) Auf die Veröffentlichung ABELINS über diesen Punkt (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 19) entgegnet B., dafs er schon vor fast Jahresfrist in Frankfurt analoge Beobachtungen gemacht hat und den dortigen Kollegen, namentlich aber auch TREUPEL und EHRLICH demonstriert hat. Auf der anderen Seite bestreitet er ganz entschieden, dafs die von A. mit Resorcin ausgeführte Probe als eine typische Reaktion für Salvarsan angesehen werden darf. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine neue Methode, Salvarsan im Urin nachzuweisen, von J. ABELIN-Bern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 29.) Auf die Einwendungen BEISELES zu diesem Thema (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 24) entgegnet A., dafs er die Rotfärbung der Resorcinlösung durch salvarsanhaltigen Urin in 29 Fällen ausnahmslos angetroffen habe, während mit Normalurin nur eine Gelbfärbung eintritt. Die weiteren Auseinandersetzungen haben mehr persönliches Interesse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Differentialdiagnose zwischen echten Cylindern und Pseudocylindern im Urin, von LOUIS HEITZMANN-New York. (*Arch. of Diagnos.* 1911.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Zur Methodik des Nachweises sehr kleiner pathologischer Eiweifsmengen im Harn, von GLAESGEN jr. - Münster a. St. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 21.) Als eine sehr zweckmäfsige Methode empfiehlt Verfasser das Folgende: 20 ccm Harn werden mit fünf Tropfen einer 20%igen Essigsäure (1 Vol. konzentrierte Essigsäure + 4 Vol. Wasser) versetzt, durch Umgiefsen in ein zweites gleich grofses Reagenzrohr

gut durchmischt und dann auf beide Gläser zu gleichen Mengen verteilt. Die eine Probe wird gekocht, die andere dient zum Vergleich auf etwa eintretende Trübungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Physiologische und orthostatische Albuminurie, von MAURICE SPRINGER. (*Presse méd.* 1911. Nr. 60.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

Provozierte Albuminurien, von EMILE FEUILLIÉ. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 80.) Der Artikel enthält neue Versuche des Verfassers zum Beweise der von ihm gefundenen Tatsache, dafs die Albuminurie unabhängig ist vom Zustande des Tubuli contorti und dafs es leicht ist, enorme Läsionen der Tubuli zu erzeugen, ohne dafs die geeignete Spur Eiweifs im Urine auftritt. Im Gegenteil, die schwersten Albuminurien können bestehen bei vollkommener physiologischer Erhaltung der Niere. Das Albumen des Blutes kann nur auf dem Wege des Glomerulus in den Urin kommen. *Gunsett-Strafsburg.*

Über einen merkwürdigen Fall von Albuminurie mit in Essig löslichem Eiweifs, von JEAN MINET. (*Écho med. du Nord.* 25. Juli 1911.) Bei einem 65jährigen Kranken zeigte sich immer abwechselnd im Urin essigsäurelösliches und unlösliches Eiweifs. Wenn letzteres zunahm, nahm ersteres ab. Sobald aber die unlösliche Modifikation auftrat, verschlechterte sich das Allgemeinbefinden des Patienten. *Gunsett-Strafsburg.*

Klinostatische nächtliche Albuminurie, von LOUIS-ALBERT AMBLARD. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 42.) Es handelte sich um drei Gichtkranke und einen Fall von Nierenstein. Bei allen war eine orthostatische Oligurie und eine klinostatische Polyurie vorhanden. Zu keiner Stunde am Tage, sei es morgens im Bett, sei es nachmittags nach längerem Spaziergang war Eiweifs nachweisbar. Hingegen war immer zwischen zwölf und vier Uhr nachts eine Menge von 1 ‰ trotz abundanter Urinabgabe zu finden und trotz strengster Diät beim Abendessen und nur geringem Fleischgenufs mittags. *Gunsett-Strafsburg.*

Bericht über einen Fall von adenoiden Wucherungen im Verein mit Albuminurie und Harncylindern, von J. M. O'MEARA-Luton. (*Lancet.* 6. Mai 1911.) Ein siebenjähriger Knabe erkrankte mit ziemlich schweren Allgemeinerscheinungen, mäfsiger Albuminurie und auffallend reichlicher Ausscheidung von Cylindern verschiedener Art, sowie auch von roten Blutkörperchen und Nierenzellen. Nach langsam erfolgter Besserung trat schnell völlige Heilung ein, als am Ende der dritten Krankheitswoche eine gröfsere Masse adenoider Wucherungen aus dem Nasenrachenraum entfernt worden waren. Verfasser ist sehr geneigt, einen kausalen Nexus zwischen den beiden Affektionen anzunehmen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beiträge zur Kenntnis der Spontanzertrümmerung von Harnsteinen, von A. v. FRISCH-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 37.) Zwei Fälle. *Schourp-Danzig.*

Über Cystinurie und Cystinsteine, von ACHILLES MÜLLER-Basel. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 37.) Ein 21jähriger Mann, in dessen Familie Erkrankungen an Nierensteinen und Cystinurie bestehen, erkrankte mit Nierenkoliken. Im Harn fanden sich kleine Steinchen von weifser Farbe, wachsigem Glanze und glatter Oberfläche. Im Sediment waren typische Cystinkristalle. Dem Patienten wurde durch Litholapaxie ein haselnufsgrofser Stein entfernt. Da sich die Koliken wiederholten, wurde dreimal die Nephrotomie vorgenommen. Weder diese Operationen, noch mehrere Trinkkuren befreiten den Kranken von seinem Leiden. *Schourp-Danzig.*

Zwei Fälle von Eosinurie, von A. C. D. FIRTH. (*Lancet.* 13. Mai 1911.) Ein elfjähriger Knabe entleerte nach dem ausgiebigen Genufs von rotgefärbten Süfsigkeiten rosaroten opalesierenden Urin. Es wurde in diesem bei der Untersuchung

Eosin in ziemlich erheblicher Menge nachgewiesen, sowie auch in Proben von dem genossenen Zuckerbrod. Im übrigen waren keine Abnormitäten zu konstatieren, und die Rotfärbung verging auch alsbald. Bei dem zweiten Falle handelte es sich um einen Herrn, der eines Morgens ohne sonstige Störungen fluoresierenden, rosaroten und grünen Urin entleerte, in welchem auch Eosin chemisch nachgewiesen wurde. Hier waren rötlich gefärbte Makronen und ebenso gefärbtes Getränk wohl die Eosinträger gewesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine ungewöhnliche Ursache von Hämaturie, von J. F. Bridge-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1910.) Verfasser war einige Tage im unklaren über die Ursache einer sehr erheblichen Hämaturie mit Verlust von wohl 1—1½ Liter reinen Blutes bei einem 19jährigen Jüngling, bis bei der Untersuchung des ödematösen Penis Gonokokken gefunden wurden, und (als die Vorhaut nach dem Vergehen des Ödems wieder frei beweglich wurde) sich ein in die Corpora cavernosa tief eingreifendes Geschwür unmittelbar hinter der Glans auf dem Dorsum penis präsentierte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur vergleichenden Pathologie der paroxysmalen Hämoglobinurie. (Nachtrag zu meiner Arbeit: „Beobachtungen an einem eigenartigen, mit Muskellähmungen verbundenen Fall von Hämoglobinurie“, von Friedrich Meyer-Betz-München. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1911. Bd. 103, Nr. 1 u. 2.) In seiner früheren Arbeit mufste M. bei der Vergleichung der paroxysmalen Hämoglobinurie des Menschen und der paralytischen Hämoglobinämie des Pferdes die serologische Seite dieser Erkrankung ganz aufser Acht lassen, da entsprechende Untersuchungen bei der Pferdekrankheit bisher fehlten. Der Verfasser konnte in der Zwischenzeit an zwei Pferden seine Versuche vornehmen. Es ergibt sich aus denselben, dafs ein dem Donath-Landsteinerschen analoges Hämolysin nicht vorhanden ist. Dies wäre ein weiterer sehr wichtiger Differenzpunkt zwischen beiden Erkrankungen.

Gunsett-Strafsburg.

Über paroxysmale Hämoglobinurie, von Anton Krokiewicz-Krakau. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 14.) Ein 48jähriger Reisender bekommt anfallsweise Blut im Harn, meist mit gleichzeitigen Störungen des Allgemeinbefindens. Aus der klinischen Beobachtung geht folgendes hervor: „1. Die Anfälle von paroxysmaler Hämoglobinurie traten stets nur unter der Einwirkung einer niedrigen Temperatur, d. h. nach Applizierung eines eiskalten Fufsbades oder nach spontaner Erkältung des Kranken auf. Die Abbindung der Extremität war nicht imstande, den Anfall hervorzurufen; auch alle psychischen Aufregungen blieben erfolglos. Der Anfall liefs sich kupieren nach Verabreichung von warmen Wasserflaschen auf die unteren Extremitäten. Die Anfälle konnten in 24 Stunden hervorgerufen werden.

2. Das Blut des an paroxysmaler Hämoglobinurie Erkrankten enthält spezifische Hämolysine. Die hämolytische Eigenschaft kommt nur ausschliefslich dem Blutserum und nicht den Erythrocyten zu. Die roten Blutkörperchen weisen eine deutlich verminderte Resistenz gegen freie Kohlensäure auf.

3. Für das Zustandekommen der Hämolyse „in vitro“ war die Einwirkung der freien Kohlensäure bei Zimmertemperatur (16° C) unbedingt erforderlich, was den diesbezüglichen Bedingungen „in vivo“ am meisten entspricht. Überhaupt spielt die Kohlensäurehämolyse von Hymans ganz gewifs keine unwichtige Rolle.

4. Gleichzeitig mit dem Auftreten der paroxysmalen Hämoglobinurie konnte man Hämoglobinämie feststellen. Das Blutserum enthielt während des Anfalles nur reines Oxyhämoglobin, ohne irgend eine Beimischung von anderen Blutfarbstoffen, wie Methämoglobin usw. In der anfallsfreien Zeit war in dem Blutserum ein normaler Farbstoff aus der Lipochromgruppe und kein Oxyhämoglobin nachweisbar.

5. Für das Zustandekommen der Kohlensäurehämolyse scheint der Einfluſs der vasomotorischen und sekretorischen Nerven von groſser Bedeutung zu sein. Ganz kleine Mengen von Atropin, welche keine Mydriasis verursachten, entfalteten eine deutlich hemmende Wirkung in jeder Beziehung für das Auftreten und den Verlauf des Anfalles und eine ganz kleine Dosis von Pilocarpinum mur. beförderte den Anfall. Daher ist es sehr wahrscheinlich, daſs das Zustandekommen der Kohlensäurehämolyse auf die gesteigerte sekretorische Tätigkeit der Gefäſsendothelzellen infolge einer gröſseren Erregbarkeit der vasomotorischen und betreffenden sekretorischen Nerven zurückzuführen sei.

6. Im Urin war stets nur reines Oxyhämoglobin enthalten.

7. Der Blutdruck stieg nur während des Anfalles unbedeutend an.

8. Der hämatologische Befund wies einen starken Lymphocytensturz während des Anfalles auf und sprach für konstante Reizung der blutbildenden Organe."

W. Lehmann-Stettin.

Betrachtungen über Phosphaturie, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Transact. amer. urol. assoc.* 1909.) 1. Phosphaturie ist ein nur vorübergehendes Symptom, das mit dem jeweiligen Zustande der Urogenitalorgane wechselt. 2. Es findet sich bei sexueller Neurasthenie, soweit diese die Folge von Erkrankungen der hinteren Harnröhre ist. 3. Bakterien, die sich in Krypten der Harnröhre, der Blase oder Prostata finden, sind häufig die Ursache einer Fermentation des Harns und des Phosphatniederschlags. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Phosphaturie. (*Morgagni.* 20. Juli 1911.) Referat über den in der *Münch. med. Wochenschr.* erschienenen Aufsatz von Schlagintweit. *Gunsett-Straſsburg.*

Alimentäre Glykosurie und Adrenalinglykosurie. Mit besonderer Berücksichtigung der Glykosurie in der Gravidität und der Zuckerkrankheit, von Marek Reichenstein-Lemberg. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 24.) Verfasser zieht folgende Schluſsfolgerungen:

„1. Adrenalin bewirkt das Auftreten von Zucker im Urin bei einer gewissen Anzahl von Graviden und zwar nur bei solchen, welche nach Verabreichung von Traubenzucker alimentäre Glykosurie aufweisen. Der Zucker tritt auf, sogar wenn kein entsprechendes Material (Zucker, Stärke usw.) verabreicht wird.

2. Ähnlich verhalten sich auch gewisse Fälle von Diabetes.

3. Ebenso manche schweren, funktionellen Neurosen.

4. Überhaupt wirkt das Adrenalin bei Erkrankungen des Nervensystems unvergleichlich stärker glykosurisch, als bei anderen Erkrankungen, bei welchen es in den von mir injizierten Mengen entweder gar keinen sichtbaren, oder einen nur sehr unbedeutenden Einfluſs ausübt.

5. Das nach Verabreichung von Lävulose injizierte Adrenalin beeinfluſst im geringeren Grade die Ausscheidung von Lävulose als Dextrose; im ersten Falle wird auch manchmal Dextrose ausgeschieden." *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Kenntnis der Zuckerausscheidung nach partieller Pankreasexstirpation, von Felix Reach-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Bei Hunden, die ihres Pankreas bis auf einen kleinen Rest beraubt waren, zeigte sich ein Unterschied in der Zuckerausscheidung zwischen dem Verhalten bei Fütterung mit gekochtem Fleisch und bei Fütterung mit rohem Fleisch. Verfasser glaubt, daſs das rohe Fleisch im Gegensatz zu dem gekochten ein Gift enthält, das Zuckerausscheidung bewirkt.

W. Lehmann-Stettin.

Über einige häufige Fehler in der Behandlung des Diabetes, von Homer Wakefield-New York. (*Med. Record.* 16. September 1911.) Nichts Neues.

W. Lehmann-Stettin.

Der Wert der Takadiastase beim Diabetes mellitus, von E. J. G. Beardsley-Philadelphia. (*Therap. Gazette.* 15. Febr. 1911.) Beobachtungen an einer kleinen Reihe von Fällen; die Zuführung der Takadiastase führte zu einer Linderung aller Syptome, zeitweisen Rückgang der Zuckerausscheidung und war ohne unangenehme Nebeneffekte. Das Mittel mufs lange fortgegeben werden und von Zeit zu Zeit in abwechselnd gröfserer und geringerer Dosis je nach dem Zustand des Kranken.

W. Lehmann-Stettin.

Einiges über neuere Bestrebungen in der Behandlung des Diabetes, von Heinrich Stern-New York. (*Med. Record.* 22. Juli 1911.) Untersuchungen über den Einflufs der umgebenden Temperatur auf den Verlauf der Glykosurie mit folgenden Resultaten: Die Zuckerausscheidung ist höher bei kalter Temperatur und niedriger bei wärmerer äufserer Temperatur. Durch Erhöhung der Aufsentemperatur kann die Zuckerausscheidung um ein Viertel bis ein Drittel reduziert werden, besonders wenn es sich um trockene warme Luft von 26 bis 33° C handelt. Die Acetonausscheidung, wie sie sich in schweren Fällen von Diabetes findet, wird durch die warme Aufsentemperatur nicht beeinflufst, während andererseits der Einflufs gerade bei schweren oder mäfsig schweren Erkrankungen deutlicher zutage tritt als bei milden Formen. Neben der Reduktion der Glykosurie besteht der heilsame Effekt der warmen Aufsentemperatur auf den diabetischen Organismus in einer Erhöhung der Toleranz für Kohlehydrate und Proteide; Zunahme des Körpergewichts, der Widerstandsfähigkeit und der körperlichen Kräfte; Verringerung der Magen- und Darmbeschwerden und Erleichterung der neuritischen und angiosklerotischen Schmerzen. Verfasser hat ferner, den Angaben von Kraft und Tousey folgend, Hochfrequenzströme bei Diabetikern verwendet, ohne besondere Beeinflussung der Krankheit konstatieren zu können.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Kenntnis der kongenitalen Lageanomalien der Niere, von Karl Joseph. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1910.) Ergebnisse: Die entwicklungsgeschichlichen Tatsachen haben ein volles Verständnis gebracht für das Zustandekommen der Tieflage der Nieren, aber die Ursache für die Entstehung einer solchen Hemmungsbildung lehrt weder die Entwicklungsgeschichte noch die anatomische Untersuchung der fertigen Mifsbildung. Mag in manchen Fällen ein mechanisches Moment, in anderen eine mangelnde Wachstumsenergie die Ursache für die Hemmung im Aufsteigen der Nieren sein, in der Mehrzahl der Fälle dürften ähnliche Momente wie bei dem mangelhaften Deszensus der Hoden, die sich als Störungen in den Wachstumsdifferenzen charakterisieren, im Spiele sein; aber ebenso wie eine feste bindegewebige Verwachsung des Hodens mit der Milz bei normaler Lage der letzteren den Deszensus des Hodens nicht zu verhindern vermag, ebenso würde eine primäre Verwachsung der wandernden Niere mit gröfseren Arterienstämmen den Aszensus der Niere nicht aufhalten.

Fritz Loeb-München.

Experimentelle Untersuchungen über die Nierenschädigung durch Kochsalz, zugleich ein Beitrag zur Historetention dieses Salzes, von Margarethe Gross. (Inaug.-Dissert. München 1910.) Die gewonnenen Resultate berechtigen zu dem Schlufs, dafs durch starke Kochsalzbelastung der normalen Niere in der Regel keine irgend nennenswerte Schädigung des Organismus herbeigeführt wird. Auch die Regeneration des erkrankten Kanälchenepithels wird durch grofse Kochsalzgaben nicht nachteilig beeinflufst. *Fritz Loeb-München.*

Zur Frage der essentiellen Nierenblutung, von Alfred Zinner-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 37.) Krankheitsgeschichten von zwei Fällen von Nierenblutung ohne nachweisbare anormale Verhältnisse, welche durch Dekapsulation mit folgender Kapselresektion (Nephrocapsektomie) geheilt wurden. Mit Albrecht,

Withney und anderen ist Zinner der Ansicht, dafs Gefäfsveränderungen an den Nierenpapillen die Ursache erschöpfender Nierenblutungen sein können.

Schourp-Danzig.

Die anatomischen und physiologischen Grundlagen der lokalen Pyelitistherapie und ihre Heilerfolge, von Wilhelm Hans Huber. (Inaug.-Dissert. Freiburg 1911.) In dieser fleifsigen Arbeit, welche sich nicht in wünschenswerter Kürze referieren läfst, geht der Verfasser auf diejenigen ätiologischen Momente der Pyelitis ein, welche auf Veränderungen der örtlichen anatomischen und physiologischen Verhältnisse basieren und berücksichtigt zum Schlusse die Therapie, soweit sie vor allem als direkt lokale in Betracht kommt. — Ein Literaturverzeichnis, welches nicht weniger als 126 Nummern umfafst, wird sich bei weiteren Arbeiten über die Pyelitisfrage als recht nützlich erweisen.

Fritz Loeb-München.

Cystoskope für Ureterenkatheter mit weitem Lumen, von Edgar Garceau. (*Presse méd.* 1911. Nr. 10.) Es soll mit den hier mitgeteilten Instrumenten verhindert werden, dafs der Urin aufser an den Ureterenkathetern entlang in die Blase läuft und hierdurch ein Auffangen der totalen Urinmenge unmöglich macht.

Gunsett-Strafsburg.

Ein Fall von primärem Carcinom des Ureters, von Emil Loewenstein. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1911.) Geschwülste des Ureters werden selten beobachtet. Verfasser führt die in der Literatur bisher verzeichneten Fälle kritisch an und bereichert die Kasuistik durch die ausführliche Wiedergabe eines von Professor Israel operierten Falles von Hydronephrose der linken Niere, hervorgerufen durch papillomatösen Tumor maligner Natur.

Fritz Loeb-München.

f. *Labien, Vagina usw.*

Harninkontinenz der Frau, von H. C. Taylor - New York. (*Med. Record.* 17. Juni 1911.) Verfasser findet, dafs Inkontinenz sich bei der Frau ziemlich häufig einstellt, besonders in der Form der nicht absoluten Inkontinenz, bei der eine gewisse Kontrolle vorhanden ist und nur zeitweise verloren geht, so „beim Husten oder Niesen, beim Automobilfahren über unebene Strafsen“. Verfasser gibt dafür eine Reihe mechanischer bzw. anatomischer Erklärungen und empfiehlt geeignete operative Eingriffe.

W. Lehmann-Stettin.

Über primäre tumorartige Hauttuberkulose an den äufseren weiblichen Genitalien, von Ella Behrmann. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Die Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Loeb-München.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über Urethritis non gonorrhoica, von Kuno Hartmann - Hannover. (Ärztlicher Verein Hannover, Sitzung am 26. Oktober 1910.) Urethroskopisch zeigt Tripper meist lokalisierte Infiltratbildung, die nichtblennorrhoische Urethritis meist einen gleichmäfsigen oberflächlichen Katarrh in der gesamten vorderen Harnröhre. Letzteres Bild liefert der Tripper nur im subchronischen Stadium oder kurz vor der Heilung.

Verfasser hält die Krankheit wahrscheinlich für infektiös und glaubt, dafs Hannover ein Infektionsherd sei; daselbst seien die Fälle seit 1904 häufiger als früher. Die bisher gefundenen Bakterien hält er aber nicht für Erreger.

Die Behandlung leistet wenig, am meisten werden Spülungen und Injektionen mit Hg oxycyanat. und Kal. permangan. empfohlen, im chronischen Stadium auch Bougierungen.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Blennorrhoe der Harnröhre des Mannes mit ihren häufigsten Komplikationen und ihre Behandlung durch den praktischen Arzt, von Fuss-Ludwigshafen. (*Reichs-Med.-Anz.* 1911. Nr. 15.) Bekanntes. *Schourp-Danzig.*

Das Vorkommen von Gonokokken im Blute von Blennorrhoikern, von Lo Faro. (*Il Policlin.* Bd. XVIII, Nr. 2.) In 67 Fällen von akuter und chronischer Urethralblennorrhoe gelang es 39 mal Gonokokken zu züchten aus dem Blut. In allen Fällen von akuter Blennorrhoe von 8—30 Tagen Dauer war das Ergebnis negativ. In vier Fällen, die mit Striktur einhergingen, war der Befund immer positiv. In 26 Fällen von Epididymitis gelang es 19 mal. *Haas-Hamburg.*

Die Komplementfixierung als Reaktion zur Diagnose von Gonokokkeninfektionen, von H. J. Schwartz und A. Mc Neil - New York. (*Amer. Journ. med. science.* Mai 1911.) Die von Müller und Oppenheim im Jahre 1906 zuerst diskutierte Reaktion der Komplementbindung im Serum von Blennorrhoikern durch ein aus Gonokokkenkulturen gewonnenes Antigen haben Verfasser bei 324 Fällen nachgeprüft. Sie messen dem Verfahren eine nicht geringe Bedeutung bei. In praktischer Hinsicht kann dasselbe von Wert sein, wie sie an einem einschlägigen Falle zeigen, um zu entscheiden, ob eine etwaige Gelenkentzündung auf Gonokokkeninfektion oder andere Ursachen zurückzuführen sei. Besonders eingehend wird die Beobachtung besprochen, dafs nicht jede Kultur von Gonokokken bei jedem Patienten die Reaktion ergibt, sondern dafs den verschiedenen Gonokokkenstämmen ziemlich ausgeprägte spezielle Reaktionsformen eigen sind. Demgemäfs haben Verfasser ein polyvalentes Antigen aus neun bis zwölf verschiedenen Gonokokkenstämmen hergestellt, bei dessen Verwendung sich wesentlich häufiger ein positives Resultat ergab als beim Gebrauche nur eines einzelnen Stammes. Die Einzelheiten der Technik sind ausführlich mitgeteilt, ebenso die Ergebnisse der einzelnen Prüfungen bei den untersuchten Patienten. Es zeigte sich, dafs manche klinisch als geheilt erscheinende Individuen noch eine deutliche Reaktion ergaben, und andererseits war vielfach ein Negativwerden der zuvor positiven Probe bei erfolgreicher Beseitigung der klinischen Symptome zu konstatieren. Bei Urethritis anterior acuta ist kein positives Ergebnis zu erwarten, offenbar weil alsdann die Antikörper noch nicht in genügender Menge im Organismus sich entwickelt haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Gonokokkenseptikämie, von Sigaud. (*Lyon méd.* 1911. S. 933.) Ein 24jähriger Mann erkrankte etwa vier Monate nach Beginn eines Trippers unter schweren Erscheinungen, besonders vonseiten des Herzens. Die etwa einen Monat später erfolgte Autopsie ergab vornehmlich eine Entzündung der Aortenklappen.
Richard Frühwald-Leipzig.

Eine ungewöhnliche Lokalisation einer Tripperinfektion, von Jan T. Lenartowicz. (*Tygodnik lekarski.* 1911. Nr. 28.) Beschreibung einer blennorrhoischen Infektion eines abnormen Ganges, der an der linken Seite der Harnröhre verlief, 3 cm hinter dem Sulcus retroglandularis begann, etwa 4 mm dick und 4 cm lang war und blind endete. Auf Druck entleerte sich aus einer im Verlaufe des Ganges bestehenden stecknadelspitzengrofsen Öffnung etwas Eiter, der reichlich Gonokokken führte. Das Orificium der Harnröhre sowie die Schleimhaut derselben und der Harn waren vollkommen normal. Nach operativer Entfernung des Stückchens Haut mit dem abnormen Gang, wurde derselbe histologisch untersucht, und die Untersuchung ergab, dafs es sich um eine blennorrhoische Infektion einer Bildungsanormalie handelte, welche einen Hartdivertikel darstellte, dessen Wände mit mehrschichtigem Pflasterepithel bedeckt waren. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über den blennorrhoischen Schanker, von Jullien. (*Bull. méd.* 1911. S. 540.) Im Anschlufs an die Beobachtung von Leede (*Münch. med. Wochenschr.* 28. Februar

1911) weist J. auf die nicht zu seltenen Beobachtungen eines blennorrhoischen Geschwürs hin. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Syphilis und Blennorrhoe, von Frances M. Greene-Cambridge. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 13.) Überblick über die internationale Bewegung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. *Schourp-Danzig.*

Gemeine blennorrhoische Stomatitis beim Erwachsenen, von Julian Zilz. (*Öster.-Ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk.* 17. Jahrg., Heft 2.) Eine Kellnerin erkrankt nach einem Coitus per os unter schweren Allgemeinerscheinungen an heftigem Brennen und Spannungsgefühl im Munde. Die Schleimhaut der Mundhöhle und das Zahnfleisch quollen hochgradig auf und es bildeten sich grauweifsbelegte Ulcerationen. Mikroskopisch und kulturell wurden Gonokokken nachgewiesen. Unter Mundspülungen mit Perhydrol und Collargolspray trat Heilung ein. Besprechung der in der Literatur mitgeteilten Fälle. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Welchen Erfolg hat die Credésche Prophylaxe in bezug auf die durch die Blennorrhoea neonatorum hervorgerufene Erblindung aufzuweisen? von Hans Treber-München. (*Wien. klin. Rundschau.* 1911. Nr. 35—36.) Auf Grund genauer Statistiken findet der Verfasser, dafs in den 28 Jahren, in denen das Credésche Verfahren geübt wird, dieses bezüglich der Erblindungen schon einen schönen Erfolg aufzuweisen hat. Litten doch früher 7,2—15% der Kinder in den Kliniken an Ophthalmoblennorrhoe und jetzt nur 0,2%. Der Erfolg würde ein fast vollkommener werden, wenn dies Verfahren sowie die Impfung obligat wäre. Gesondert zu betrachten sind die Spätinfektionen, die nur durch nachdrückliche Belehrung der Wöchnerinnen eventuell eine Anzeigeflicht einzudämmen sind.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Zusammenhang des Trachoms mit der Blennorrhoe, von Gorbunow. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 23.) Die von Dr. v. Poppen ausgesprochene Idee, dafs die Prowaczekschen Einschläge degenerative Formen der Gonokokken bilden, findet beim Verfasser Anklang, denn er sagt:

1. Die blennorrhoische Conjunctivitis der Kinder hat viel Gemeinsames, richtiger Verwandtes mit dem Trachom.

2. Die Vaccination mit der Gonokokkenvaccine gibt anscheinend einen sicheren und dauerhaften Erfolg, wobei die Einspritzungen in die Bindehaut für die Cornea, wie die Iris ganz ungefährlich sind.

3. Es gibt viele Hinweise, dafs lokale Einspritzungen überflüssig sind, da die Heilung eines Falles und die Besserung eines anderen ohne lokale Behandlung zugunsten der allgemeinen Einspritzungen der Gonokokkenvaccine sprechen.

Arthur Jordan-Moskau.

Eine seltene Komplikation der Blennorrhoe (blennorrhoisches Skrotalödem), von Gonzalez Tanago y Garcia. (*El Siglo med.* 15. April 1911.) Die Arbeit wurde bereits in diesen Monatsheften referiert. *Gunsett-Strafsburg*

Der vorherrschende Mifsbrauch der Prostatabehandlung bei Blennorrhoea, von Hermann G. Klotz-New York. (*New York med. Journ.* 22. April 1911.) In sehr eindringlicher und klarer Beweisführung versucht Klotz darzutun, dafs allzu grofse ärztliche Betätigung sich auch der Prostata bemächtigt und besonders die allzu häufig ausgeübte Massage derselben viel mehr Schaden wie Nutzen gestiftet hat. Er hebt hervor, dafs die Prostata nicht in allen Fällen von chronischer Blennorrhoe erkrankt, sondern verschiedene Zustände im vorderem Teile der Harnröhre ebenso zu einer Verlängerung der blennorrhoischen Infektion führen können. Die Theorie, dafs die Prostata in jedem Falle von chronischer Blennorrhoe affiziert sei, ist irreführend und gefährlich, weil sie dazu führt, die chronischen Veränderungen des vorderen Teiles

der Harnröhre zu übersehen und zu vernachlässigen, und weil sie die unbeschränkte Anwendung der Prostatamassage und damit zusammenhängend die gelegentliche Weiterverbreitung der Prostatainfektion begünstigt. Die Popularisierung der Prostatamassage kann zur Korruption der öffentlichen Moral führen, weshalb dieser therapeutische Eingriff nur auf das unbedingte notwendige Mafs einzuschränken ist.

Stern-München.

Die chirurgische Behandlung der blennorrhoischen Epididymitits, von LANCE. (*Gaz. d. hôp.* 1911. Nr. 47.) Die Punktion des Nebenhodens ist ein ganz unbedeutender und gefahrloser Eingriff und kann in frischen Fällen mit intensiven Entzündungserscheinungen Dienste leisten. In der Mehrzahl der Fälle aber kommen nach kurzer Ruhepause die entzündlichen Phänomene bald wieder. Wiederholte Punktionen können zu definitivem Verschlufs des Samengangs führen. Die Inzision kommt nur für schwere akute Fälle mit phlegmonösen und intensiv toxischen Erscheinungen, oder für rezidivierende Epididymitiden ohne urethrale Reinfektion oder für alte Knoten, die schmerzhaft geblieben sind, in Betracht.

Gunsett-Strafsburg.

Akute blennorrhoische Epididymitis. Bericht über 100 Fälle, behandelt in der dermatologischen Abteilung des St. Louis-Hospitals, von CH. M. WALSON-St. Louis. (*Med. Record.* 3. Juli 1911.) Bei ambulanten Patienten wird Menthol oder Menthylsalicylat in Salbenform im Suspensorium appliziert, und wenn nach zwei bis drei Tagen die Schmerzen andauern, findet sich meist Flüssigkeit in der Tunica vaginalis, die durch Aspiration entfernt werden sollte; manchmal entleeren sich dabei nur wenige Tropfen, oft bis zu 60 ccm Flüssigkeit. In 20 mit Aspiration behandelten Fällen sistierten die Schmerzen sofort bis auf drei. In subakuten Fällen empfiehlt der Verfasser die alte FRICKEsche Heftpflastereinwicklung, als deren Autor er übrigens CHETWOOD nennt. *W. Lehmann-Stettin.*

Blennorrhoische Osteoperiostitis des Oberschenkels, von STEPHEN H. WATTS-Charlottesville. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 8.) Kasuistik.

Schourp-Danzig.

Beobachtungen über die blennorrhoische Gelenkaffektion mit Bemerkungen über die Polyarthritis rheumatica, dargestellt an der Hand der Krankengeschichten der Leipziger Universitätsklinik aus den Jahren 1904 bis 1908, von JOHANNES WEICKSEL. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1909.)

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der blennorrhoischen Gelenkentzündung mit Injektion von Jodtinktur, von OTTO HILDEBRAND-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 31.) Verfasser hat eine Anzahl Kniegelenke und ein Hüftgelenk mit Injektionen von 5,0 Tinct. Jodi mit bestem Erfolge behandelt. Nach anfänglicher starker Schwellung trat sehr bald Rückgang der Schwellung des Gelenkes, der Synovialis und auch Beweglichkeit ein, so dafs er dieses Verfahren bei blennorrhoischen Gelenkergüssen warm empfiehlt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Eitrige blennorrhoische Arthritis im Anschlusse an eine acht Jahre alte Prostatitis, von A. PISSAVY und H. RENDU. (*Bull. méd.* 1911. S. 52.) Der Titel sagt das Wesentliche. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Fünf Fälle von blennorrhoischem Gelenkrheumatismus mit Antimeningokokkenserum behandelt, von LOUIS RAMOND und CHIRAY. (*Bull. méd.* 1911. S. 1098.) In fünf Fällen akuter oder subakuter blennorrhoischer Monarthritiden genügte die einmalige Einspritzung von 20 ccm Antimeningokokkenserum in das Gelenk oder in dessen Umgebung, um alle Erscheinungen rasch zu beseitigen. In chronischen Fällen konnten Ankylosen nicht verhindert werden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Vaccinebehandlung des Tripperrheumatismus, von Young. (*Virginia med. Monthly*. 24. Juni 1911.) Bericht über 28 Fälle, in denen fast durchweg gute Resultate erzielt wurden, trotzdem jede lokale Behandlung unterblieb — nur in drei Fällen wurde die Prostata massiert — und käufliche Vaccine benutzt wurde. Vollkommene Heilung in zwanzig Fällen, Besserung in fünf, keinerlei Beeinflussung in drei Fällen. *W. Lehmann-Stettin.*

Schnellkuren bei Blennorrhoe, von A. G. Magian - Manchester. (*Brit. med. Journ*. 24. Juni 1911.) Bei einer Serie von 100 Fällen hat M. mit der vom ihm empfohlenen Methode der ausgiebigen Spülungen sehr erfreuliche Resultate erzielt, indem bis auf drei alle binnen einer Woche und viele schon in fünf Tagen geheilt waren. Der dazu nötige Apparat besteht aus drei grofsen Glasgefäfsen die 12 bis 16 Liter fassen und die zum Zwecke der Irrigation beliebig hoch und niedrig gestellt werden können; ferner ein Standgefäfs von 4 Liter Inhalt. Zunächst wird mit 12 Liter einer Lösung (1 : 5000) von Kalium permanganicum gespült; der Druck soll so stark sein, dafs die Flüssigkeit bis an den Blasenhals vordringt; dann kommt eine ähnliche Spülung mit destilliertem Wasser und als dritte eine mit 12 Liter Wasser, die 30 g Protargol gelöst enthalten, unter möglichst hohem Drucke. Darauf kommt eine Spülung mit Goldchloridlösung (2,0 : 1000) und nach einer Pause wiederum eine Spülung mit destilliertem Wasser. Zu Hause gibt sich der Patient selbst acht- bis zehnmal in 24 Stunden eine Injektion mit einer 0,5%igen Protargollösung und legt für die Nacht sich ein Neissersches Bougie mit 1% Protargol und 2% Antipyrin in die Harnröhre. Innerlich wird dreistündlich eine Allosantablette gegeben. Am folgenden und an den zwei nächsten Tagen werden die Irrigationen in steigender Konzentration wiederholt; am fünften Tage wird mit 12 Litern einer schwachen Zinksulphatlösung irrigiert und am sechsten und eventuell den folgenden Tagen mit schwacher Höllensteinlösung. Dies soll aber nach G.s Erfahrungen nur selten nötig sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Blasenspülungen beim akuten Tripper, von Max Hühner-New York. (*Med. Record*. 6. Mai 1911.) H. empfiehlt in überzeugender Weise die Druckspülungen, die durch Dehnung der Urethra allein imstande sind, alle Winkel und Ecken zu erreichen und auch bei lokalisierter Urethritis anterior die Methode der Wahl sein sollten, da die Befürchtung, dadurch erst eine Erkrankung der hinteren Harnröhre zu produzieren, auf Grund reicher Erfahrung als vollkommen hinfällig zu bezeichnen ist — ganz abgesehen davon, dafs viel mehr frische Tripper auch die hintere Harnröhre affizieren, als im allgemeinen angenommen wird. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Nachtbehandlung der akuten Blennorrhoe des Mannes, von E. Kuhn-Mainz. (*Münch. med. Wochenschr*. 1911. Nr. 37.) Der wichtigste Punkt für eine erfolgreiche Therapie der akuten Harnröhrenblennorrhoe ist nach K.s Auffassung der, dafs man die Ansammlung von Eiter auf der Urethralschleimhaut möglichst bekämpft, weil die Gonokokken, nicht mit Eigenbewegung ausgestattet, nur mit dem sie tragenden Eiter in die hinteren Teile des Kanals gelangen. Hat sich während der nächtlichen Ruhe der Weg für den Eiter nach aufsen verlegt, so wird dieser naturgemäfs den Ort des geringsten Widerstandes aufsuchend, nach hinten sickern. Deshalb läfst Verfasser den Patienten nicht nur bei Tage mindestens alle Stunde eine Injektion ausführen, sondern auch Nachts stündlich oder gar halbstündlich dies vornehmen, wozu er im Lazarett eigens einen Wärter anstellt, der den Patienten wecken mufs. Als Spülflüssigkeit verwandte er Protargol ($^1/_4$—$^1/_2$%), obwohl er anderen Mitteln eine ebenso gute Wirksamkeit zuerkennt, und läfst sehr grofse Mengen Flüssigkeit trinken (4—5 Liter im Tage) damit der Injektion jedesmal eine Urienentleerung vorangehen kann. Da bei diesem Verfahren schon nach drei bis fünf Tagen die Eiterabsonderung

so gut wie beseitigt ist, und das unausgesetzte Injizieren nicht mehr ausgeführt zu werden braucht, ist die Vorschrift nicht ganz so heroisch, wie sie im ersten Augenblick erscheinen mag. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der blennorrhoischen Urethritis chronica des Mannes mit Elektro-Ionisation, von Raoul Dupuy. (*Presse méd.* 1911. Nr. 31.) Es werden gut polierte kupferne Elektroden vom Kaliber 16, 18 und 21 (Charrière) in die Urethra eingeführt und mit dem positiven Pol verbunden, die negative Plattenelektrode wird auf das Abdomen appliziert. Dann wird während 14 bis 40 Minuten ein je nach dem Fall zwischen 3 und 25 Milliampère schwankender Strom hindurchgeschickt. Nach der Sitzung ist das Glied stark ödematös und entleert sich eine blutige Flüssigkeit aus der Harnröhre. In vielen Fällen hört die Sekretion nach zehn Tagen auf und der Kranke ist geheilt. Oft vermehrt sich aber der Ausflufs, es kommt wieder zu einer akuten Entzündung mit Gonokokken, die mit Spülungen von Kalium permanganicum behandelt werden mufs und gewöhnlich in drei Wochen abheilt. Von 100 Fällen von chronischer Blennorrhoe, welche jeglicher Behandlung getrotzt hatten, wurden 24 nach einer Sitzung, 20 nach einer energischen und mehreren schwächeren Applikationen geheilt, 26 wurden nach zehn Sitzungen gebessert und 30 Fälle wurden nach zwei bis zehn Sitzungen nicht beeinflufst. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Elektrolyse, von Poliwka-Stanislau. (*Przegląd lekarski.* 1911. Nr. 27.) Verfasser empfiehlt auf Grund einiger von ihm behandelten Fälle die Anwendung der Elektrolyse zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe. Die Elektrolyse rufe eine Desquamation der Epithelschicht mit den Bakterien und eine Auflockerung der ganzen Harnröhrenschleimhaut hervor, wodurch eine Heilung der Blennorrhoe zu erzielen ist. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die moderne Hefetherapie der Blennorrhoe, von E. Cronbach-Berlin-Schöneberg. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1911. Nr. 23.) Empfehlung der Xerasekugel bzw. Xerasepulver, vor deren Anwendung eine gründliche Reinigung mittels Wasserstoffsuperoxyd vorzunehmen ist, der eventuell nach Austrocknung mit steriler Watte noch eine desinfizierende und antiblennorrhoische Lokalbehandlung z. B. mit Lösungen von Silbersalzen folgen kann. *Schourp-Danzig.*

Die Anwendung der Gonokokkenvaccine bei Blennorrhoe, von W. A. Merkuriew und S. M. Silber-Charkow. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1911. Nr. 28.) Auf Grund ihrer Versuche sprechen die Verfasser der Vaccinebehandlung bei Blennorrhoe eine spezifische Wirkung zu; die Fälle mit ungenügendem Resultat sind auf Fehler in der Technik zurückzuführen. Um bessere Erfolge zu erzielen, ist es erwünscht, die Behandlung unter Kontrolle des opsonischen Index durchzuführen.

Schourp-Danzig.

Zur Frage der Behandlung blennorrhoischer Erkrankungen mit Vaccine, von Zdzislaw Sowiński-Petersburg. (*Przegląd lekarski.* 1911. Nr. 28.) Bericht über 35 Fälle von blennorrhoischen Erkrankungen, die vom Verfasser mit (immer frisch bereiteter) Gonokokkenvaccine behandelt waren. In acht Fällen von subakuter und chronischer Blennorrhoe wurde vollkommene Heilung erzielt; in allen diesen Fällen war die Temperaturerhöhung nach den Injektionen eine nur geringgradige. In Fällen, wo die Temperatur nach der Vaccineanwendung auf 39—39,5 stieg, blieben die Gonokokken trotz mehrerer Einspritzungen (bis 12) unbeeinflufst. Der Ausflufs aus der Harnröhre wurde nach jeder Einspritzung stärker, aber dünnflüssiger, um dann immer spärlicher zu werden.

Die Epididymitiden (9) wurden bereits nach zwei bis drei Einspritzungen wesentlich gebessert; die Geschwülste wurden kleiner, die Schmerzen schwanden in der Regel bereits nach der ersten Einspritzung.

Die chronischen Fälle seien in der Regel als Resultat der gemischten Infektion zu betrachten und dem entsprechend kann hier die Gonokokkenvaccine nur als ein Hilfsmittel der Behandlung dienen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Verschiedenes.

Die Dermatologie in der internationalen Hygieneausstellung zu Dresden, von M. Leibkind-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 39.) Aus der hier gegebenen Aufzählung der interessantesten Ausstellungsobjekte erkennt auch derjenige, der die Ausstellung nicht besucht hat, dafs dort eine grofse Fülle von lehrreichem Material zusammen getragen worden ist. Namentlich handelt es sich um vortreffliche Moulagen von verschiedenen selteneren Affektionen; so werden die tropischen Dermatosen klar veranschaulicht, ebenso Pellagra und ein erfolgreich behandelter Fall von Rotz, um nur eine Stichprobe zu geben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Herpes tonsurans, Unguis incarnatus. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 57, Nr. 8.) Gegen Herpes tonsurans werden Sublimatsalben, Chrysarobin, Pyrogallol und Röntgenbehandlung empfohlen. — Gegen den eingewachsenen Nagel verwende man zweckmäfsig Natrium salicylicum und Borsäure als Pulververbände. *Schourp-Danzig.*

Beiträge zur Gesichtsplastik (Berücksichtigung behaarter Abschnitte), von Edmund Walther. (Inaug.-Dissert. Jena 1911.) Kasuistik mit Abbildungen. Mufs im Original studiert werden. *Fritz Loeb-München.*

Abnahme der Wirksamkeit von Quecksilberquarzlampen, von Jules Courmont und Th. Nogier. (*Lyon méd.* Bd. 117, S. 801.) Wenn Quecksilberquarzlampen bei hohen Temperaturen arbeiten, nimmt ihre Wirksamkeit allmählich ab. Man mufs deshalb den Quarz kühlen, um seine Erhitzung zu vermeiden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Studie über eine Phase in der Geschichte des venerischen Giftes (1740 bis 1850), von Georges Judel. (*Thèse de Paris.* 1910. Nr. 273.)

Fritz Loeb-München.

Über die Verwendung des denaturierten Spiritus zur Desinfektion, von Walther Nic. Clemm-Immerdingen. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 27.) Verfasser rät von der Verwendung des denaturierten Spiritus zur Hautdesinfektion vor Injektionen ab, da der in den Stichkanal beförderte Alkohol durch seinen Gehalt an Pyridinbasen Anlafs zu steriler Abscefsbildung geben könne. *Arthur Schucht-Danzig.*

Eine neue Venenkanüle, von Ernst Levy-Essen. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 24.) Eine neue spitze Kanüle. Referent möchte auf die aufserordentliche Zweckmäfsigkeit der Troikarkanülen (z. B. nach Meirowski) hinweisen. *Arthur Schucht-Danzig.*

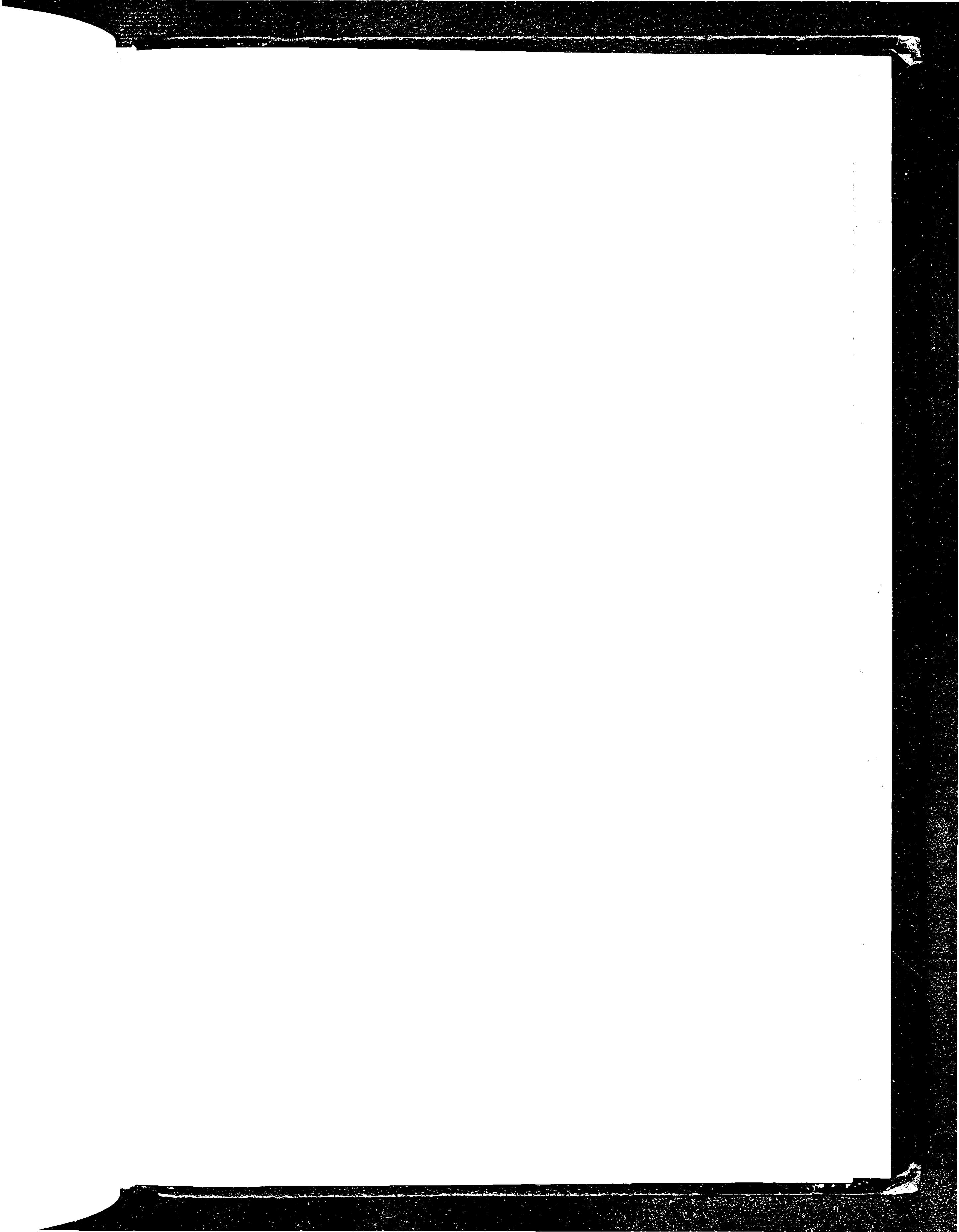
Über massenhaftes Vorkommen von zur Familie der Tyroglyphidae gehörenden Milben im menschlichen Stuhl, von Tièche - Davos Dorf. (*Centralbl. f. Bakt.* Orig. Abt. I, Bd. 51, Heft 1.) Den vereinzelten in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von Entoparasitismus irgendwelcher Milbenarten kann Verfasser einige eigene Beobachtungen über das Vorkommen von Milben aus der Familie der Tyroglyphidae im Darmkanal von Menschen anreihen. Die Feststellung des vorübergehenden Milbengehaltes wurde an drei Fällen von Prurigo gemacht, ohne dafs jedoch den Milben mit Wahrscheinlichkeit eine kausale Bedeutung zuerkannt werden könnte. Die Möglichkeit einer provozierenden Bedeutung der Milben kann Verfasser nicht ausschliefsen. Andere Krankheitserscheinungen fanden sich bei den Milbenträgern nicht vor. *Graetz-Hamburg.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



Verlag von ... in Leipzig.





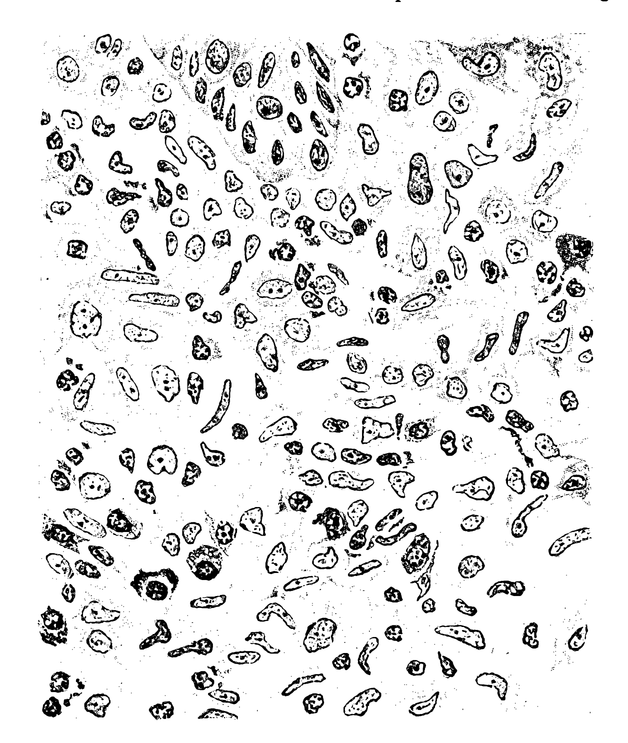


Fig. 1.

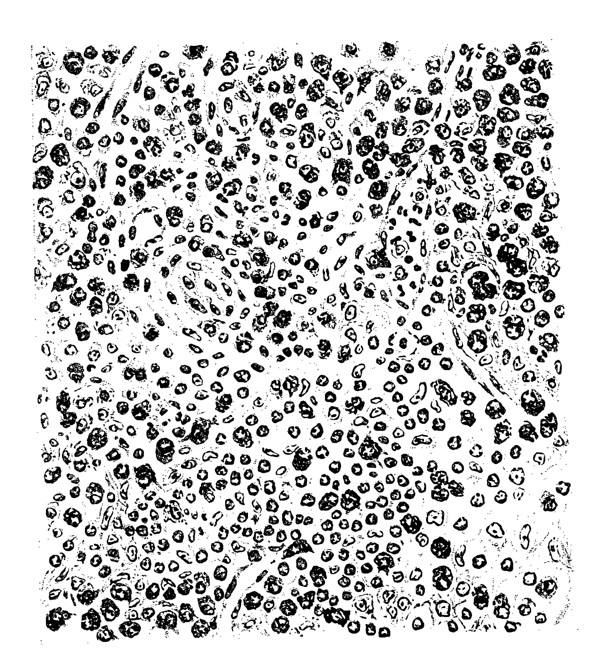


Fig. 2.

Krzysztalowicz.

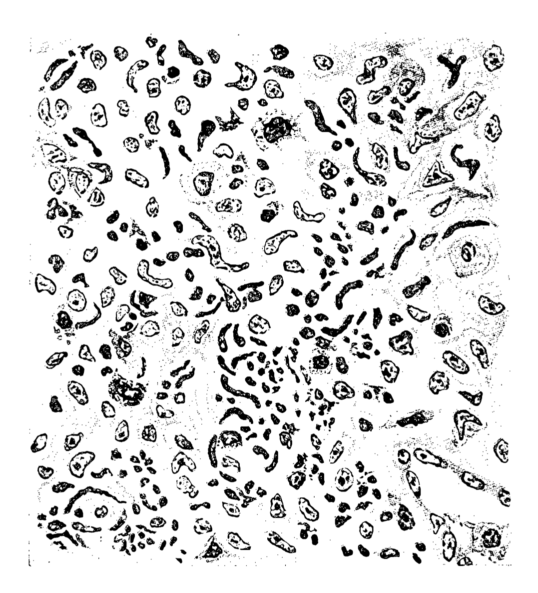


Fig. 3.

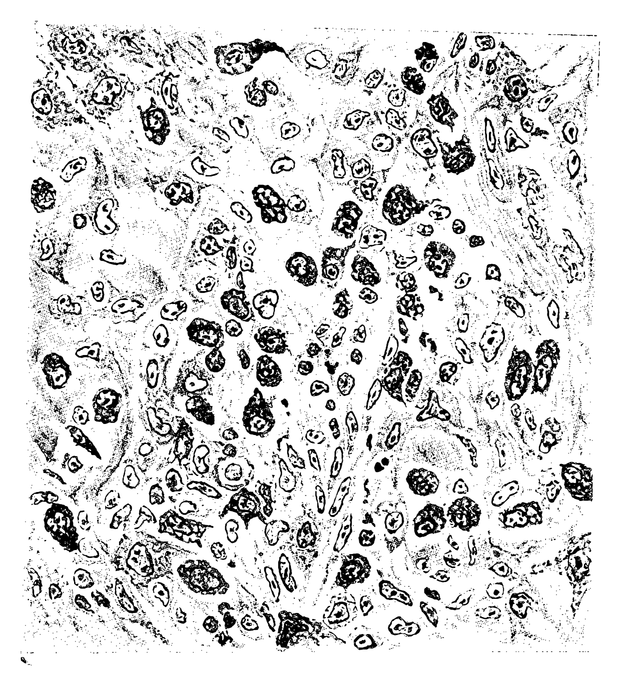


Fig. 4.

Krzysztalowicz.

Sachverzeichnis.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen, von anderen Autoren genannt.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.